

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
SOSIAALI- JA TERVEYSALAN KOULUTUSYKSIKKÖ

SAIRAANHOITAJAN EETTISEN TOIMINNAN ILMENEMI-
NEN PÄIHDEPOTILAAN KOHTAAMISESSA

Sari Naukkarinen & Emilia Hälinen

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

KEMI 2012

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan koulutusyksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

SARI NAUKKARINEN & EMILIA HÄLINEN

SAIRAAHOITAJAN EETTISEN TOIMINNAN ILMENEMINEN PÄIHDEPOTILAAN KOHTAAMISESSA

Opinnäytetyö 101 sivua ja 5 liitettä

Ohjaajat: Sirpa Orajärvi ja Seppo Kilpiäinen

30.4.2012

Asiasanat: etiikka, hoitoetiikka, kohtaaminen, päihderiippuvuus, päihteet käyttö

Tutkimuksemme aiheena oli sairaanhoitajan eettisen toiminnan ilmeneminen päihdepotilaan kohtaamisessa. Tutkimusaiheen valintaan vaikuttivat aiheen kiinnostavuus sekä haastavuus johtuen vähäisistä aiemmista tutkimustuloksista.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa, millä tavalla sairaanhoitajan eettinen toiminta ilmenee päihdepotilaan kohtaamisessa, miten eettisyys näkyy kohtaamisessa ja mitä tuntemuksia kohtaaminen aiheuttaa. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten voidaan parantaa sairaanhoitajien valmiuksia päihdepotilaiden kohtaamiseen ja tuoda esille eettisyyden merkitys päihdepotilaan kohtaamisessa sekä lisätä tutkijoiden omaa ammatillista osaamista. Tutkimusongelmamme oli, millä tavalla sairaanhoitajan eettinen toiminta ilmenee päihdepotilaan kohtaamisessa.

Tutkimuksemme toteutimme kevät 2011-kevät 2012 välisenä aikana kvantitatiivisena tutkimuksena. Tutkimusaineistona tässä tutkimuksessa käytettiin erään keskussairaalan sairaanhoitajille teetetyn kyselyn tuloksia. Sairanhoitajista 98 vastasi yhteensä kyselyyn. Kyselyn toteutimme pääosin strukturoidulla kyselylomakkeella. Aihealueina mittarissamme olivat taustatiedot, tunnetilat, hoitotyön etiikka ja eettiset periaatteet, päihdepotilas ja päihdepotilaan kohtaaminen.

Tuloksista selviää, että suurimmalla osalla sairaanhoitajista eettinen toiminta ilmenee potilaan tasa-arvoisena kohteluna. Eettisistä periaatteista korostuu ihmisarvon kunnioittamisen periaate. Vastaajista hieman yli puolet oli sitä mieltä, että päihdepotilaan kohtaamisessa toimintaa ohjaa ammatin tuoma velvollisuus. Suurin osa vastaajista kokee itsensä päihdepotilaan kohtaamisen jälkeen turhautuneeksi. Turhautuminen johtuen potilaan aiemmista hoitokerroista voi myös vastaajista yli 60 % mielestä estää kohtaamisen onnistumisen. Kohdatessaan päihdepotilaan vastaajista yli puolet vastasi kokeneensa säälän, vihan, pelon ja empaattisuuden tunnetta. Vastaajista yli puolet oli sitä mieltä, että pitkäaikainen päihteidenkäyttö on riippuvuus. Sairanhoitajista 67,4 % lisäsi tietoa päihteidenkäyttäjän eettisestä kohtaamisesta.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social Services and Health Care

Degree Programme in Nursing

SARI NAUKKARINEN & EMILIA HÄLINEN

NURSES' ETHICAL BEHAVIOR, THE OCCURRENCE OF SUBSTANCE ABUSE PATIENT ENCOUNTER

Bachelor's Thesis, 101 pages and 5 appendices

Advisors: Sirpa Orajärvi ja Seppo Kilpiäinen

30.4.2012

Keywords: ethics, care ethics, an encounter, substance abuse, use of intoxicants

Aim of this study was the nurse's ethical behavior, the occurrence of substance abuse patient encounter. The topic will have affected the attractiveness of the subject as well as challenging due to the scarcity of earlier results.

Purpose of this study was to identify how the nurse's ethical substance abuse intervention, is the patient's face, how ethics will encounter, and what feelings lead to confrontation. The aim was to gain information on how to improve nurses' ability to meet and substance abuse patients to highlight the importance of ethical substance abuse patient encounter, and researchers to increase their professional skills. The research question was, how the nurse's ethical substance abuse intervention, is the patient encounter.

The survey was conducted spring 2011-spring 2012, during the quantitative study. The research material was used in this study of a Central Hospital Gallup results. Nurses responded to a total of 98 questionnaires. The survey we carried out mainly using a structured questionnaire. Topic areas are the meter of background information, emotions, nursing ethics, ethical principles, substance abuse and substance abuse patient-patient encounter.

The results show that the majority of nurse's ethical intervention is a patient of equal treatment. The ethical principles emphasized the principle of respect for human dignity. Slightly more than half of the respondents were of the opinion that the substance abuse patient encounter is driven by the added duty to the profession. The majority of respondents consider themselves addicted patients encounter after frustrated. Frustration due to the patient's previous treatment cycles may prevent the success of the meeting of more than 60% of the mind. Faced with a patient's substance abuse for more than half of the respondents answered experience pity, anger, fear and a sense of empathy. More than half of the respondents were of the opinion that the long-term substance abuse is an addiction. 67.4% of nurses would increase awareness of the ethical encounter with health.

1 JOHDANTO.....	5
2 EETTISYYS PÄIHDEPOTILAAN KOHTAAMISESSA	7
2.1 Hoitotyön etiikka.....	7
2.2 Päihteet ja päihdepotilas	16
2.3 Kohtaaminen hoitotyössä	18
2.4 Sairaus ja riippuvuus	23
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	27
3.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelma	27
3.2 Tutkimusaineisto ja tutkimusmenetelmät.....	27
3.3 Aineistonkeruu ja analysointi	28
4 TUTKIMUSTULOKSET	31
4.1 Taustatiedot	31
4.2 Tunnetilat.....	32
4.3 Hoitotyön etiikka ja eettiset periaatteet.....	40
4.4 Päihdepotilas	46
4.5 Päihdepotilaan kohtaaminen	50
5 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	62
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	66
LÄHTEET.....	76

LIITTEET

Liite 1: Opinnäytetyön aineiston keruun lupa-anomus

Liite 2: Sairaanhoidajan eettiset periaatteet

Liite 3: Saatekirje

Liite 4: Kyselylomake

Liite 5: Tutkimustulokset

1 JOHDANTO

Sairaanhoitaja tapaa työssään paljon erilaisia ihmisiä, kuten esimerkiksi päihdepotilaita. Aiheesta löytyy vähän tutkimustietoa, vaikka päihdepotilaan kohtaaminen sairaaloissa on lähes jokapäiväistä. Vuonna 2009 alkoholia kulutettiin sataprosenttiseksi alkoholiksi muutettuna 10,2 litraa asukasta kohti. Suomessa arvioidaan olevan noin 300 000–600 000 alkoholin suurkuluttajaa, määrän arvioidaan kasvaneen 2000- luvulla. Alkoholin kulutuksen kasvu 2000- luvulla on ollut yhteydessä alkoholikuolemien ja alkoholiperäisten sairauksien kasvuun. Vuonna 2009 terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla kirjattiin 24 843 alkoholiin liittyvää hoitojaksoa, joissa päädiagnoosina oli alkoholisairaus. Yhteensä kirjattiin 36 266 hoitojaksoa, joissa alkoholisairaus oli pää- tai sivudiagnoosina. Alkoholisairauksien vuoksi terveyshuollon vuodeosastoilla hoidetuista enemmistö oli miehiä (79 %) ja 45- 64-vuotiaita (60 %). Suomessa kuoli vuonna 2009 alkoholin käytön seurauksena yhteensä 2954 henkeä. Suomalaisten alkoholiasenteet ovat tiukentuneet 1990- luvun puolenvälin jälkeen. TNS- gallupin tekemän mielipidekyselyn mukaan vallitsevia alkoholipoliittisia rajoituksia kannatti tai niiden tiukentamista vaati 86 prosenttia vastanneista (THL/päihdetilastollinen vuosikirja 2010, 16–17, 21.)

Vuonna 2009 terveydenhuollon vuodeosastoilla rekisteröitiin 7117 huumehoitojaksoa, joissa huumausaineisiin tai lääkeaineisiin liittyvä sairaus oli päädiagnoosina ja 10 044 hoitojaksoa, joissa huumesairaus oli pää- tai sivudiagnoosi. Huumesairaudella tarkoitetaan huumausaineisiin tai lääkeaineisiin liittyvää sairautta. Huumesairauden vuoksi terveydenhuollon vuodeosastoilla hoidetuista 36 prosenttia oli naisia ja 64 prosenttia miehiä. Vuonna 2008 kuolinsyyrekisterin mukaisia huumekuolemia oli 169, huumelöydöksiä tehtiin 244 kuolemantapauksessa. Vuonna 2009 kaikista pahoinpitelyrikoksista yksi prosentti tehtiin alkoholin ja huumeiden yhteisvaikutuksen alaisena, 59 prosenttia alkoholin vaikutuksen alaisena ja 0,4 prosenttia muiden päihteiden lähinnä huumausaineen vaikutuksen alaisena. (THL /päihdetilastollinen vuosikirja 2010, 26–27.)

Sairaanhoitajan työtä säätelevät ammattitaito, ammattietiikka ja lait. Kaiken pohjana on Suomen perustuslaki (731/1999). Lait, joita sairaanhoitaja työssään noudattaa ovat laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), kansanterveyslaki (1116/1990), erikoissairaanhoitolaki (1062/1989), tartuntatautilaki (583/1986), mielenterveyslaki (1116/1990) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Päihteidenkäyttö ja niiden vaikutuksen alaisena oleminen aiheuttaa useimmin uhkatilanteita. Hoitoalan ammatit ovat yksi työväkivallan riskiammateista. Tämän alan joka neljäs työntekijä kokee työssään joko potilaiden tai heidän omaistensa taholta hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan hoitajiin kohdistuva väkivalta on potilaiden ja asiakkaiden taholta lisääntynyt viime vuosina merkittävästi. Tutkimukset ovat ylettyneet myös muiden maiden työoloihin, joissa on selvinnyt, että väkivalta on hoitoalalla yleistä (Työvoimatutkimus, Tilastokeskus 2009.) Päihteenkäyttäjän mahdollisen asiattoman käyttäytymisen taustalla voi olla tilanteen hallitsemattomuuden pelko. Käytös liittyy usein turvattomuuteen, vieroitusoireisiin tai väärinymmärrykseen (Havio & Inkinen & Partanen 2008, 206–207.)

Omien hoitotyön harjoittelujen aikana kohtaamisia päihdepotilaiden kanssa on ollut useita. Päihdepotilaan kohtaaminen herätti kiinnostusta ja se, kuinka päihderiippuvuus muuttaa tai vaikuttaa sairaanhoitajan asenteisiin ja hoidon toteutukseen. Näissä kohtaamisissa on tullut ilmi, kuinka suuri vaikutus sillä on työilmapiiriin, työtapojen ja asenteiden muuttumiseen. Tästä syntyi idea opinnäytetyön työstämiseen, sillä oli havaittavissa ongelmakohtia aiheen tiimoilta sekä siitä, kuinka vaiettu asia on. Ongelmakohtia oli havaittavissa muun muassa hoitajien peloissa, vartijan tarpeellisuudessa sekä erityisvalmisteluissa. Sairaanhoitajien eettiset periaatteet ohjaavat tulevaa ammattiamme, joten tutkimus selvittää ongelmaa nimenomaan eettisyyden pohjalta.

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa, millä tavalla sairaanhoitajan eettinen toiminta ilmenee päihdepotilaan kohtaamisessa, miten eettisyys näkyy kohtaamisessa ja mitä tuntemuksia päihdepotilaan kohtaaminen aiheuttaa.

Tutkimustulosten tavoitteena on lisätä ymmärrystä siitä, että miten voidaan parantaa sairaanhoitajien valmiuksia päihdepotilaiden kohtaamiseen ja tuoda esille eettisyyden merkitys päihdepotilaan kohtaamisessa, sekä lisätä tutkijoiden omaa ammatillista osaamista.

Tutkimusongelma tässä työssä on, millä tavalla sairaanhoitajan eettinen toiminta ilmenee päihdepotilaan kohtaamisessa?

2 EETTISYYS PÄIHDEPOTILAAN KOHTAAMISESSA

2.1 Hoitotyön etiikka

Valtiosääntö Suomen perustuslaissa (731/1999) turvaa yksilön vapauden ja oikeudet, ihmisarvon loukkaamattomuuden sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Perusoikeuksissa 2. luvussa käsitellään yhdenvertaisuutta ja oikeutta elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Lain edessä ihmiset ovat yhdenvertaisia. Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, kielen, alkuperän, vakaumuksen, uskonnon, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen, vapauteen ja turvallisuuteen. Ketään ei saa kiduttaa, ei kohdella ihmisarvoa loukkaavasti eikä tuomita kuolemaan. Vapautta ei saa riistää mielivaltaisesti eikä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen saa puuttua ilman laissa säädettyä perustetta. (Perustuslaki 731/1999.)

Ihmiskäsitys vaikuttaa aina suhteessa toiseen ihmiseen. Ihmiskäsitys ohjaa tietynlaiseen suhtautumiseen kanssaihmistä kohtaan. Ihminen pyrkii ymmärtämään muiden ihmisten käyttäytymistä voidakseen ottaa sen huomioon omassa toiminnassaan. Tieteiden ihmiskäsityksiä ovat fysikaalinen, biologinen, psykologinen, sosiologinen sekä hengenfilosofinen ihmiskäsitys. (Turunen & Wilenius & Paakkola 1997, 75, 83.) Sairaanhoitajan on tärkeää tietoisesti pohtia ihmiskäsityksen merkitystä hoitotyölle. Hoitotyössä ihmiskäsitys vaikuttaa tapaan, jolla hoitotyöntekijä suhtautuu potilaisiin. Ihmiskäsitys vaikuttaa ihmisten itseymmärrykseen ja ohjaa valintoja ja toimintoja. Historiassa on esitetty lukematon määrä erilaisia ihmiskäsityksiä. Humanistisen ihmiskäsityksen lähtökohtana on ajatus ihmisen ainutlaatuisuudesta, erityisyydestä sekä se korostaa jokaisen ihmisen arvokkuutta. Arvokkuus ei perustu ihmisen tekoihin, vaan ihmisyyteen ja tästä seuraa se, että kaikki ihmiset ovat samanarvoisia. (Kristoffersen & Nortvedt & Skaug 2006, 154–156.)

Etiikka on kreikan *ethos* sanasta peräisin oleva sana, joka tarkoittaa tapaa tai tottumusta. Etiikka liittyy toimintatavan valintaan ja se voidaan määritellä moraalin teoriaksi. Etiikkaan sisältyy erilaisia suuntauksia, jotka kuvaavat erilaisia toimintatavan valinnan suuntia ja perusteita. Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto (ICN) hyväksyi vuonna 1953 sai-

raanhoitajan eettiset ohjeet (Liite 1.) Ohjeet käsittävät periaatteellisen vastuun ihmisyydestä sekä sen ihmiskäsityksen ja eettisen perustan, jolle sairaanhoitajan ammatti nojautuu. ICN: n eettisissä ohjeissa on neljä pääaluetta. Pääalueet muodostavat eettiselle toiminnalle viitekehyksen ja sisältävät osa-alueet sairaanhoitaja ja ihmiset, sairaanhoitaja ja käytännön hoitotyö, sairaanhoitaja ja ammattikunta sekä sairaanhoitaja ja yhteistyökumppanit. Suomen sairaanhoitajaliiton ja kansainvälisen sairaanhoitajaliiton eettisissä ohjeissa on samankaltaisuutta. Suomen sairaanhoitajaliiton eettisten ohjeiden pääalueet ovat sairaanhoitaja ja potilas, sairaanhoitajan tehtävä, sairaanhoitajan työ ja ammattitaito, sairaanhoitaja ja työkaverit, sairaanhoitaja ja ammattikunta sekä sairaanhoitaja ja yhteiskunta. (Kristoffersen ym. 2006,147.)

Filosofiassa moraalilla viitataan arkielämässä ilmeneviin sosiaalisiin ja kulttuurisiin tapoihin, käytäntöihin, normeihin ja arvoihin. Etiikalla tarkoitetaan moraalifilosofiaa, joka tutkii moraaliksi kutsuttua ilmiötä. (Enwald & Keinänen & Vaden 2007, 11.) Etiikka voidaan jakaa normatiiviseen etiikkaan ja metaetiikkaan (Räikkä 1995, 8).

Hoitotyön etiikalla tarkoitetaan tiedonala, joka käsittelee oikean ja väärän sekä hyvän ja pahan kysymyksiä osana ammatillista hoitotyötä (Leino- Kilpi & Välimäki 2003, 21–22). Sairaanhoitaja tarvitsee tietoista hoitoetiikkaa auttamistoiminnan perustaksi, sillä pelkkä hoitajan ulkoisen roolin omaksuminen ei ole tae sille, että hän toimii kaikissa tilanteissa autettavansa hyväksi, tämän parasta ajatellen ja etsien (Linqvist 1996, 85–86). Hoitotyötä ohjaavat eettiset periaatteet ovat hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate, oikeudenmukaisuuden periaate, perusteltavuuden periaate sekä ihmisarvon kunnioittamisen periaate. Hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate sisältää hoidettavan asioiden ajamista hänen parhaakseen, hoidettavan oikeuksien puolustamisen sekä hoidettavan suojelemisen ja huolenpidon. Oikeudenmukaisuuden periaate sisältää oikeuden hoitoon pääsyyn, oikeuden perusteltuun hoitoon ja velvollisuuden välttää eriarvostamista minkään yksilön tai ryhmän ominaispiirteen tai terveyteen liittyvän ongelman perusteella. Perusteltavuuden periaate sisältää hoitotyöntekijän velvollisuuden, pitää ammattitaitonsa ajan tasalla, sekä hoidettavan oikeuden tietää, perustelut hoidostaan. Ihmisarvon kunnioittamisen periaate pitää sisällään hoidettavan hyvinvoinnin edistämisen, toisten ammattilaisten kunnioittamisen, hoidettavan oikeuksien, autonomian ja koskemattomuuden kunnioittamisen sekä totuuden, rehellisyyden ja aitouden kunnioittamisen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 25.) Ihmisarvon kunnioittamisessa kaikilla on samanlainen ihmisarvo sekä asiakkaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa myös tilanteissa, joissa sitä joudutaan rajoittamaan. (Juujärvi & Myyry & Pesso 2007, 55.)

Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys muodostuu osaamisesta, johon kuuluvat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, päätöksenteko, opetus ja ohjaus, yhteistyö, kehittäminen ja tutkimustyö sekä johtaminen, yhteiskunnallinen toiminta, monikulttuurinen hoitotyö sekä kliininen hoitotyö, auttamismenetelmät ja lääkehoito. Useat teoreetikot kuvaavat hoitotyön kohteesta erilaisia näkökohtia. Kuitenkin yhteisinä piirteitä heidän näkökohdistaan löytyy, että potilas on ihminen ja hänen terveytensä, elämänlaatunsa ja selviytymisensä ovat näissä kuvauksissa keskipisteessä, huolenpito potilaasta on päämäärä. Hoitotyön sisältö koostuu arvoista ja ammattitaidoista, se pitää sisällään sen kuinka toisiinsa kytkeytyvät, mitä tehdään, ja miten tehdään. Sairaanhoitajan työn tulee heijastaa eettistä suhtautumista ja perustua tieteelliseen tietoon, luotettavaan kokemustietoon, valtakunnallisiin suosituksiin ja voimassa olevaan lainsäädäntöön. Opetusministeriö on vuonna 2006 laatinut sairaanhoitajan ammattitasovaatimukset ammatillisen osaamisen eri alueilla. Eettisen toiminnan vaatimuksissa, sairaanhoitaja toimii eettisesti korkeatasoisesti ihmisoikeuksia kunnioittaen, vastaa potilaan oikeuksien toteutumisesta hoitotyössä, noudattaa potilaiden oikeuksia koskevaa lainsäädäntöä, toimii ammatinharjoittamista koskevan lainsäädännön mukaisesti, vastaa ammatillisesta kehittymisestään ja tuntee vastuunsa hoitotyön kehittäjänä. Tärkeä edellytys sille että hoitotyötä voidaan toteuttaa eettisesti, on kyky osata eläytyä potilaan tilanteeseen. (Kristoffersen ym. 2006, 15–18, 23.)

Itä-Suomen yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa kuvataan asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä, mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden ja työntekijöiden käsitysten mukaan asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyössä tarkoitti laajasti työntekijöiden tapaa tehdä työtä tai suppeasti tapaa, jolla työskentelyn tavoitteet asetetaan. Asiakaslähtöisyys toteutui kolmella eri tasolla: organisaatioiden asiakaslähtöisenä toimintana, asiakaslähtöisenä yhteistyösuhteena ja asiakaslähtöisesti työskentelevän ammattilaisen toimintana. Tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden käsitysten mukaan asiakaslähtöisellä tavalla oli positiivisia vaikutuksia yhteistyösuhteelle, asiakkaalle ja työntekijälle (Laitila, 2010.)

Sairaanhoitaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti ja huomioi yksilöllisen hoitotarpeen riippumatta potilaan kulttuurista, uskonnosta, terveysongelmasta, äidinkielestä, rodusta, ihon väristä, iästä, sukupuolesta, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta (Sairaanhoitajaliitto ry 2011). Turun yliopistossa on tehty tutkimus hoitotyön eettisten ohjeiden merkityksestä. Siinä hoitotyöntekijät kuvaavat, että eettisten oh-

jeiden tavoitteena on potilaan hyvä hoito sekä ne ovat hoitotyöntekijöiden toiminnan tukena. Tutkimuksessa käy ilmi että eettisiä ohjeita käytetään sekä tietoisesti että tiedostamatta ja niiden käyttöä vaikeuttavat resurssipula, arvostiriidat hoitotyön käytännössä sekä organisaatiolähtöiset periaatteet. Haastatteluissa eettisten ohjeiden käyttämättömyyden syynä esille nousi aika-, raha- ja henkilöresurssien niukkuus ja johdon tuen puute. (Strandell-Laine, 2005.)

Hoitosuhteen luominen perustuu humanistiselle ja altruistiselle arvopohjalle, näiden arvojen tulee heijastua hoitotyössä. Sairaanhoitajalle on tärkeää eettisen huolenpidon kyvyn kehittyminen. Kyky perustuu myönteisille muistoille tilanteista, joissa on itse saanut tai antanut huolenpitoa. Altruismi tarkoittaa pyyteetöntä ja epäitsekästä toimintaa ja sen päämäärä on tehdä hyvää toiselle ihmiselle hänen vuokseen. Humanismi on suuntaus, jossa ihminen on keskipisteenä. Sen lähtökohtana on ajatus ihmisen ainutkertaisuudesta ja erityisyydestä. Humanistinen ihmiskäsitys korostaa jokaisen ihmisen arvokkuutta, joka ei perustu ihmisen tekoihin, vaan hänen ihmisyyteensä. Tässä ihmiskäsityksessä ihminen on jakamaton kokonaisuus. Kokonaisuus täytyy huomioida ihmisesä ja hoidossa. Hoitotyössä korostetaan sitä, että potilas ja sairaanhoitaja ovat samanarvoisia ihmisarvonsa vuoksi. Immanuel Kant on muotoillut selkeän ajatuksen ihmisarvosta: ”kohteile aina toista ihmistä päämääränä sinänsä, älä milloinkaan välineenä”. (Kristoffersen ym. 2006, 143, 149, 156.)

Arvo on jonkin olion se ominaisuus, joka tekee siitä halutun tai haluamisen arvoisen. Normi on sääntö, joka käskee toimimaan tietyllä tavalla. Arvo itse ei ole normi tai sääntö, vaikka siihen usein liittyykin normi. Normit kuitenkin suojelevat arvoja. (Räikkä & Kotkavirta & Sajama 1995, 48–49.) Arvo voidaan määritellä objektin arvoksi eli kohteen positiiviseksi tai negatiiviseksi ominaisuudeksi. Voidaan myös puhua jonkun arvoista eli subjektin arvoista. (Räikkä ym. 1995, 62–63.) Filosofinen arvoteoria on metaetiikan alue, jossa tutkitaan arvottamiseen ja arvoihin liittyviä tietoteoreettisia, ontologisia ja kielifilosofisia kysymyksiä. Arvottaminen ymmärretään arvoteoriassa toiminnaksi, jossa jollekin kohteelle myönnetään sanallisesti tai muulla tavoin negatiivinen tai positiivinen arvo. Arvoarvostelmaksi kutsutaan arvottavaa lausetta. Arvo-objekti on arvotettu kohde, termit, jotka kuvaavat kohteen arvoa, ovat arvokäsitteitä. Arvoasetelmia voidaan esittää sanojen lisäksi tavoilla kuten tuhahtamalla, mököttämällä, taputtamalla tai hymyilemällä. (Enwald ym. 2007, 60.)

Arvo-objektivismiksi kutsutaan näkemystä, jonka mukaan arvo on mielen ulkopuolisesa maailmassa oleva ominaisuus. Arvo-objektivismissa jotkut kohteet ovat kauniita tai

hyviä riippumatta siitä, kuka niitä tarkastelee. Kun ihminen oivaltaa moraalisen hyvän idean, hän kykenee tunnistamaan oikeat teot ja hyvät ihmiset. (Enwald ym. 2007, 60, 67–69.) Objektivismiin keskeinen piirre on riippumattomuus ihmisten intresseistä, haaluista ja arvostuksista. Relativistisen näkemyksen mukaan kaikki eettiset periaatteet ja arvot ovat suhteellisia. Relativistinen ajattelutapa usein korostaa suvaitsevaisuutta, jolloin jokaisella on oikeus ajatella ja toimia niin kuin parhaakseen näkee. (Räikkä ym. 1995, 50, 82). Eettinen relativismi on kanta, jonka mukaan moraalilla ei voi olla yleispätevää, vaan se on aina suhteellista. Arvosubjektivismiksi kutsutaan näkemystä, jonka mukaan arvo on mielen kohteeseen sijoittama ominaisuus. Arvosubjektivismia tukee arvoerimielisyyksien tavallisuus. Subjektivismiin mukaan selityksenä ovat erot arvioijien mielensisäisissä käsityksissä. Arvosubjektivismi ei selitä, miksi päädymme tietynlaisiin arvokäsityksiin ja miten arvokäsityksemme syntyvät. (Enwald ym. 2007, 52, 66–67.) Arvosubjektivismissa kukin yksilö on itselleen hyvän ja pahan mitta. Arvosubjektivismiin mukaan arvo perustuu subjektin reaktioon tai asenteeseen. (Räikkä ym. 1995, 53.)

Autonomia tarkoittaa itsemääräämistä, itsemääräämisoikeutta tai omalakisuuutta. Immanuel Kantin mukaan yksilön autonomia on kyky tehdä itsenäisiä ja järkeviä arvovaihtoja. Hänen mukaansa ihmisen erityisyyden arvoperustana on autonomia ja autonominen ihminen on lainlaati, mutta myös lainalainen. Autonomista tahtoa seuraa yleisyys ja arvokkuus. Toinen ihminen on yhtä arvokas, samanlainen päämääriensä asettaja ja häntä tulee kunnioittaa. Kantin mukaan ihminen toimii autonomisesti noudattaessaan moraalilakia, mutta epäautonomisesti silloin, kun hän seuraa haluunsa. Autonomia voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen osaan. Sisäinen puoli on kyky järkeviin, itsenäisiin valintoihin ja ulkoinen puoli on toiminnan vapaus. (Sajama 1995, 86–89.)

Ulkoisessa autonomiassa on kyse siitä, saako ihminen toimia haluamallaan tavalla, ilman että muut ihmiset tai valtio estävät häntä millään tavalla. Usein ulkoista autonomiaa kutsutaan sosiaalisesti vapaudeksi. Autonomian ulkoisen puolen sosiaalista vapautta pidetään tärkeänä, koska se kehittää yksilön järkeä ja luonnetta ja siten edistää yhteiskunnan hyvinvointia. Autonomian ulkoinen puoli on tärkeä välinen sisäisen puolen kehittymiselle. Ulkoinen autonomia ei toteudu, kun toiminnalle asetetaan este, esimerkiksi estetään tai pakotetaan henkilöä. Sisäinen autonomia ei ole sama asia kuin tahdonvapaus. Sisäinen autonomia on kiinnostunut siitä, että pystyykö ihminen itse tekemään omat päätöksensä, vai onko hän omien halujensa, tuntemustensa ja aistimustensa vanki. Sisäisesti epävakaa ihminen voi elää häilyvien tunteidensa ja epäluotettavien luulojensa varassa ja siksi tehdä tahtoen tai tahtomattaan sellaista, mistä on täysin tietämätön. Sisäi-

sesti vapaa ihminen pystyy ottamaan etäisyyttä omiin haluihinsa ja asenteisiinsa, tehden järkeviä valintoja. Autonomian sisäinen puoli on käsitys, joka on kyky ottaa kriittinen asenne omiin asenteisiin, esimerkiksi uskomuksiin ja haluihin. Sisäinen autonomia ei toteudu silloin, kun henkilö ei ole tietoinen jostakin tekoonsa liittyvästä olennaisesta tosiseikasta (Sajama 1995, 86–89, 90–91, 98). Kantin sanojen mukaan ihmisellä on arvokkuus eli sisäinen arvo, koska ihminen on päämäärä. Ihmisarvoa pidetään absoluuttisena ja tämä perustuu yksistään siihen, että ihminen on itsetarkoitus, eikä ole riippuvainen yksilöstä yksilöön vaihtelevista empiirisistä ominaisuuksista. Kant on päättänyt ihmisten tasa-arvoisuuteen itsetarkoituksen ja siitä johtuvan absoluuttisen arvon vuoksi. (Harva 1978, 69–70.)

Ihmisten tekoja arvioidaan aikomusten, eikä toteutuneiden seurausten mukaan, mutta pelkät hyvät aikomukset eivät yksinään riitä tekemään ihmisestä moraalisesti ihailtavaa yksilöä. Arvokasta on hyvä tahto, joka ilmenee hyvinä tekoina. Muiden ihmisten ulkoisia tekoja voidaan arvioida, muttei heidän sisäisiä motiivejaan. Hyvän tekemisen ja pahan tekemättä jättämisen voidaan erottaa sillä, ettei meillä ole velvollisuutta tehdä hyvää vieraille ihmisille, mutta on velvollisuus olla tekemättä heille pahaa. Hyvän tekemisen ja pahan tekemättä jättämisen ero näkyy myös täydellisten ja epätäydellisten velvollisuuksien erossa. Täydelliset velvollisuudet suojelevat vahvoja arvoja ja niiden rikkominen on vakava asia. Epätäydelliset velvollisuudet eivät ole velvollisuuksia, vaan ne ilmaisevat suosituksia tai ihanteita, joiden seuraaminen on hyvä asia mutta, joiden seuraamatta jättäminen ei ole kovinkaan vakava asia. Täydellisten ja epätäydellisten velvollisuuksien ero on se, että täydellisiä velvollisuuksia voidaan pakottaa täyttämään, mutta epätäydellisiä ei. Kun henkilöllä on täydellinen velvollisuus, niin toisella ihmisellä on velvollisuutta vastaava oikeus. Jos ihmisellä on vain epätäydellinen velvollisuus, ei kenelläkään ole sitä vastaavaa oikeutta. Täydellisessä velvollisuudessa velvollisuus koskee kaikkia ihmisiä kohtaan ja epätäydellisessä velvollisuudessa kohde voidaan valita. Hoitotyön ammattilaisella on kuitenkin täydellinen velvollisuus tehdä hyvää myös tuntemattomille ihmisille. Hoitajilla on täydellinen velvollisuus, mutta sama teko kansalaisella on epätäydellinen velvollisuus. (Sajama 1995, 100–101, 107, 109.)

Oikeudenmukaisuudella voidaan tarkoittaa moraalista oikeudenmukaisuutta. Oikeudenmukaisuuden voidaan katsoa liittyvän hyvien asioiden jakamiseen, tapahtuneiden vääryyksien ja virheiden korjaamiseen ja rankaisemiseen. Jakamisessa on kysymys velvollisuuksien, oikeuksien ja hyödykkeiden jakamisesta yksilöiden välillä. Terveystieteiden puolella keskeinen oikeudenmukaisuuskysymys on se, kenelle hoitoa voi-

daan antaa ja millä perusteella. Korvausvastuu esimerkiksi hoitovirheestä kuuluu vääryyksien ja virheiden korjaamiseen. Oikeudenmukaisuuteen liittyvät myös kysymykset siitä, mitkä rangaistukset tai palkkiot ovat oikeudenmukaisia mistäkin teosta. Jakamisen oikeudenmukaisuus on tärkein kolmesta oikeudenmukaisuuden muodosta. (Sajama 1995, 111–112.)

Oikeudenmukaisuuden muodollinen periaate kieltää mielivaltaisen syrjinnän eli samanaisten tapausten erilaisen kohtelun. Oikeudenmukaisuuden muodollinen periaate ei kerro, millainen kohtelu on sallittua, ja millainen ei. Sitä on täydennetty oikeudenmukaisuuden sisällöllisillä periaatteilla, jotka kertovat, mitkä erot oikeuttavat erilaiseen kohteluun eritapauksissa. Kun jotain hyvää jaetaan ihmisille, voidaan kolmesta käsityksestä valita periaate, jota sovelletaan. Näitä periaatteita ovat ansio-oikeudenmukaisuus, tasa-arvo-oikeudenmukaisuus ja tarveoikeudenmukaisuus. Ansio-oikeudenmukaisuuden mukaan kaikille on annettava ansionsa mukaan. Tasa- arvo- oikeudenmukaisuudessa kaikille on annettava yhtä paljon, ja tarveoikeudenmukaisuudessa kaikille on annettava tarpeensa mukaan. Kun etsitään ratkaisua vaikeaan käytännön ongelmaan, voi olla vaikea valita, mitä kolmesta periaatteesta pitäisi soveltaa. (Sajama 1995, 113–117.)

Ammattietiikka tarkoittaa ammattialan yhteistä systemaattista näkemystä siitä, millainen ammatillinen toiminta on väärää ja pahaa, ja millainen puolestaan oikeaa ja hyvää. Kun henkilö on epätietoinen siitä, miten hänen tulisi toimia toimiakseen oikein, on hänellä moraalinen ongelma. Ammatillisessa toiminnassa näkyviä moraalisia ongelmia kutsutaan eettisiksi ongelmiksi. Eettisiä ohjeita voidaan käyttää apuna eettisessä harjoituksessa, koska ne osoittavat millaisiin asioihin ammatinharjoittamisessa tulisi kiinnittää huomiota. Eettisessä ongelman ratkaisussa tarvitaan myös eettistä herkkyyttä, koska eettisen ohjeiston periaatteet ovat luonteeltaan yleisiä, ei niihin voi yksistään nojautua. (Juujärvi ym.2007,13 54.)

Normatiivinen tulee latinan sanasta norma, joka tarkoittaa sääntöä tai ohjenuoraa. Normatiivisessa etiikassa pyritään laatimaan perusteltuja periaatteita ja sääntöjä sille, millaisia tekoja ihmisen tulisi tehdä, ja miten hänen tulisi elää. Lisäksi esitetään perusteltua kritiikkiä väärinä pidetyistä periaatteista ja käytännöistä. Normatiivisen etiikan tavoitteena on ihmisten ohjaaminen oikealle tielle rohkaisemalla ja kehittämällä ihmisten omaa arviointikykyä. Useat normatiivisen etiikan teoriat nojaavat naturalismiin, jonka mukaan moraali perustuu tosiasioihin tai se voidaan johtaa tosiasioista. Naturalismi on näkemys siitä, mihin normit ja arvot lopulta perustuvat. (Enwald ym. 2007, 14–15, 41–42.)

Normatiivinen etiikka tarjoaa näkemyksiä siitä, miten ammattilaisen tulisi tietyssä tilanteessa toimia. Normatiivisen etiikan piirin kuuluvat eettiset kannanotot. Moraaliteoriat edustavat erilaisia pohdittuja näkemyksiä siitä, millä perusteella teon moraalinen arvo ratkaistaan. Normatiivisia väitteitä voidaan johtaa moraaliteorioista, jotka kertovat, miten jossain konkreettisessa tilanteessa tulisi toimia. Normatiivisia etiikan teorioita ovat huolenpidon ja oikeudenmukaisuuden etiikka. Oikeudenmukaisuuden etiikka pyrkii oikeudenmukaisuuteen, jolloin eettistä ongelmaa tarkastellaan osapuolten velvollisuuksien ja oikeuksien näkökulmasta. Yleisesti oikeudenmukaisuus tarkoittaa sitä, että jokainen saa sen, mikä hänelle kohtuudella kuuluu. Toinen yleinen määritelmä on että kahta samanlaista tapausta samanlaisissa olosuhteissa tulee kohdella samalla tavalla, ja erilaisia tapauksia eri tavalla. (Juujärvi ym. 2007, 18–19, 153–155, 215.) Kohtaamisetiikan mukaan normatiiviset teoriat voivat estää aidon kohtaamisen ja todellisen moraalisuuden kehittymisen. Se kuvaa, miten moraalisuus syntyy ihmisten välillä keskustelun ja erilaisen vuorovaikutuksen avulla. Emmanuel Levinasin mukaan eettisyys tarkoittaa ristiriidan ja erilaisuuden kohtaamista. Hänen mukaansa eettisyys alkaa, kun toinen ihminen kyseenalaistaa oman maailmankuvan. (Enwald ym. 2007, 100.)

Huolenpidon etiikka tarkoittaa läheisiin ihmissuhteisiin keskittyvää etiikkaa, mikä korostaa emotionaalista sitoutumista eettisen toiminnan perustana. Ajattelu, että huolenpidon etiikan on katsottu liittyvän ihmisen yksityiselämän suhteisiin, on muuttumassa. Monissa ammateissa keskeistä on, että huolenpitoa motivoi halu vastata toisen ihmisen tarpeisiin ja edistää hänen hyvinvointiaan. Huolenpidon etiikka on toinen oikeudenmukaisuudesta poikkeava, ihmisten arkielämässä voimakkaasti kuuluva, moraalin ääni. Huolenpidon etiikka tarkoittaa käytännössä sellaista toimintaa, jonka avulla hoidetaan ihmissuhteita, vastataan toisten haluihin ja tarpeisiin, edistetään toisten hyvinvointia, tai estetään harmejä, ja lievitetään toisten loukkaantumisia sekä fyysisiä ja psyykkisiä kärsimyksiä. (Juujärvi ym. 2007, 213, 217.)

Oikeudenmukaisuutta koskevia säädöksiä on kirjattu paljon lainsäädäntöön. Yhtenä esimerkkinä on syrjinnän kieltäminen. Syrjinnässä asetetaan henkilö ilman hyväksyttävää perustetta eri asemaan iän, sukupuolen, etnisen alkuperän, uskonnon, kielen, vammaisuuden, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuteen tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Oikeudenmukaisuuden etiikalle tunnusomaista on korostaa puolueettomuutta ja pyrkimys yleistettävyyteen. Oikeudenmukaisuutta koskevia erilaisia moraalifilosofisia lähestymistapoja ovat utilitarismi, Rawlsin oikeudenmukaisuusteoria, Kantin etiikka ja valtaistamisen etiikka. (Juujärvi ym. 2007, 153–155.)

Utilitarismin perusidea on se, että eettisesti oikea toimintatapa on se, joka tuottaa suurimman mahdollisen hyödyn. John Rawlsin mukaan meillä kaikilla yksilöinä, ja erityisesti ammattilaisina, on velvollisuus pitää yllä oikeudenmukaisuutta, olla loukkaamatta ja vahingoittamatta toisia, kunnioittaa toisia ja auttaa toisia vastavuoroisesti. Tulisi toimia yhteistyössä toisten kanssa, reilun pelin mukaisesti. Immanuel Kantin eettisen teorian ehdoton käsky vaatii, että jokaista ihmistä pitää kohdella vapaana. Kaikilla ihmisillä on moraalinen oikeus tulla kohdelluksi oikein ja vastaavasti velvollisuus kohdella toisia samalla tavalla. Ihmisten erilaisuuden tunnustamisen ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden edistämisen ovat lähtökohtana valtaistamisen etiikassa. Taustalla siinä on oletus siitä, että valta ja resurssit jakautuvat yhteiskunnassa epätasaisesti ihmisten kesken. (Juujärvi ym. 2007, 156, 182–183, 185, 193.) Ideaalisen utilitarismin mukaan oikea toiminta on sellaista, jossa suuri määrä arvoa toteutuu. G.E. Mooren mukaan ei ole olemassa muuta keinoa päättää oikeasta toimintatavasta kuin sopeutua oman yhteiskunnan vaatimiin lakeihin ja tapoihin. Yhteiskunnan vakiintuneeseen tapaan mukautuminen on yleensä hyödyllisintä, yksityisesti suoritettut teot johtavat suurimmalta osin ei niin suotaviin tuloksiin. Utilitaristisen ajattelutavan mukaan olisi aina ajateltava sitä yleistä sääntöä, jonka mukaan tulisi toimia ja tekojen seuraukset arvioitaisiin sen mukaan. Utilitarismi voidaan liittää osaksi etiikkaa, sillä yleinen sääntö ei koskaan perustu yksityisen ihmisen tekojen hänelle itselleen tuottamaan mielihyvään, vaan kaiken teon takana on yhteinen hyvä. Yksilö ei siten ajattele omaa mielihyväänsä vaan yhteistä onnea (Airaaksinen 1988, 144–146.)

Metaetiikassa ei esitetä sääntöjä hyvälle elämälle tai oikeille teoille. Siinä pohditaan moraaliin liittyviä ontologisia, teoreettisia ja kielifilosofisia kysymyksiä. Tavoitteena on valaista eettisen keskustelun luonnetta ja moraalin olemistapaa. Pyrkimyksenä on tunnistaa, kuvata ja arvioida normatiivisen etiikan ja ajankohtaisen moraalikeskustelun taustaoletuksia. Metaetiikassa naturalismia kutsutaan eettiseksi kognitivismiksi, jossa yleispätevät arvot ja normit voidaan tietää. Metaetiikka on teoria eettisistä käsitteistä ja teorioista, se ei ota kantaa siihen, miten ihmisen tulisi toimia. Metaetiikan piiriin kuuluvat moraalinen realismi ja moraalinen antirealismi. Moraalinen realismi edustaa näkemystä, jonka mukaan on olemassa yhteisöstä tai ihmisestä riippumattomia moraalisia arvoja tai tosiseikkoja. Moraalinen antirealismi puolestaan edustaa näkemystä siitä, että ihmisestä riippumattomia objektiivisia moraalisia tosiseikkoja ei ole olemassa. Tämän mukaan moraaliset arvot ovat olemassa vain yksilölle tai yhteisölle, tai niitä ei ole olemassa ollenkaan. Deskriptiivinen eli kuvaileva etiikka tutkii ihmisten moraalisia käsityksiä ja toimintaa. Kuvailevan etiikan keskeisin alue on moraalipsykologia, joka tutkii

moraalista ajattelua ja tunteita sekä niiden merkitystä. Kuvaileva etiikka pyrkii kuvaamaan, miten ihmiset todellisuudessa toimivat ja ajattelevat moraalin alueella. Soveltavassa etiikassa sovelletaan normatiivisen etiikan teorioita ja metaeettisiä analyyskejä rajattuihin ongelmiin. Siinä pyritään aina ensin analysoimaan tarkasti käytännön elämässä ilmenevä moraalinen ongelma, jonka jälkeen tarkastellaan ratkaisuvaihtoehtoja ja niiden moraalisia ulottuvuuksia. Tämän jälkeen näkökulmat asetetaan arvojärjestykseen, joka merkitsee siirtymistä normatiiviseen etiikkaan. (Enwald ym. 2007, 14–15, 17–18.)

2.2 Päihteet ja päihdepotilas

Päihteen käyttö on yksilön toimintaa, jossa hän juo, syö, haistelee, nielee, sisään hengittää, polttaa, pistää ihon alle, lihakseen tai suoneen humalluttavassa tai huumaavassa tarkoituksessa jotakin kemiallista ainetta (Havio & Mattila & Sinnemäki & Syysmeri 1994, 7). Tupakka ja alkoholi määritellään Suomessa sosiaalisiksi päihteiksi (Dahl & Hirschovits 2002, 5). Suomessa noin 90 prosenttia väestöstä käyttää alkoholia, aikuisista suurin osa suhtautuu hyväksyvästi kohtuulliseen alkoholin käyttöön (Seppä 2003, 91). Suomalaisten päihteiden käytöstä valtaosa on alkoholinkäyttöä. Päihteiden yleisimmät riskikäyttötavat ovat kokeilu-, satunnais-, tapa- ja suurkäyttö. Kokeilut tehdään yleensä nuoruudessa. Usein huomataan, ettei vaikutus ole miellyttävä, tai että elimistö ei hyväksy ainetta. Satunnaiskäyttöä esiintyy kokeilun jälkeen, kun päihdettä käytetään silloin tällöin. Tapakäytölle ominaista on toistuvuus. Siitä voidaan puhua myös sosiaalisena käyttäytymisenä. Suurkäyttäjät pystyy aika hyvin lopettamaan käytön omaehtoisesti ja säätelemään määrää ja käyttömotiivit ovatkin lähinnä sosiaaliset. (Saarelainen & Stengård & Vuori- Kemilä 2003, 40–42.)

Sairaanhoitajan on tarpeen osata tunnistaa, minkä asteisesta päihteenkäytöstä kulloinkin on kysymys, jotta hän osaisi auttaa potilasta tämän tilanteen vaatimalla tavalla. Käyttötapojen rajat ovat liukuvia. Siirtyminen toiselle tasolle tapahtuu usein huomaamatta ja hitaasti. Henkilö voi liikkua elämänsä aikana päihteenkäyttötasolta toiselle ja olla mahdollisesti välillä myös kokonaan ilman päihteitä. (Havio ym. 1994, 112.) Tampereen yliopistossa Riitta Alajan tekemä väitöskirja antaa aiheen johtopäätöksiin, että sairaa laan tulee monisairaita päihdepotilaita, joiden yleissairauksien hoito vaikeutuu, ellei päihdesairautta hoideta samanaikaisesti. Lisäksi ilmenee, että naispotilaat tarvitsevat

enemmän huomiota päihdesairauksiensa osalta, sillä nykyisin he jäävät hoidotta vaikeista terveysongelmista huolimatta. (Alaja, 1999.)

Päihteiden käyttöön vaikuttavat ihmisen elämäntavan, elämäntilanteen ja ympäröivän kulttuurin ominaisuudet. Aikuisten antama esimerkki, toveripiirin sosiaalinen paine, uteliaisuus, kapinointi vanhempien arvomaailmaa vastaan, ikävystyminen ja halu paeta todellisuutta tai kipeitä tunteita vaikuttavat myös päihteiden käyttämiseen. Päihteiden käytössä näkyvät muoti-ilmiöt, halpuus, saatavuus sekä sosiaaliset normit. Syyt käyttöön ovat monimuotoisia ja lisäksi osaksi tai kokonaan tiedostamattomia. (Havio ym 1994, 31.)

Yleisimmin ja helpoimmin saatavissa ja käytettävissä oleva päihde on etyylialkoholi eli etanoli, joka on kaikkien alkoholijuomien tärkein vaikuttava aine. Alkoholijuomaksi luokitellaan juoma, jonka alkoholipitoisuus on yli 2,8 tilavuusprosenttia etyylialkoholia (THL/Päihdetilastollinen vuosikirja 2010). Huume on yleiskäsite, joka sisältää huumausainelain mukaiset huumausaineet ja muut huumaavat aineet, kuten liuottimet ja eräät pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet, joita voidaan käyttää päihtymystarkoitukseen. Suomessa on huumausainelaki, joka määrittelee asetuksessa huumausaineina pidettävät aineet, valmisteet ja kasvit (543/2008). Huumaavat aineet jaotellaan tässä opinnäytetyössä kolmeen kategoriaan; eräät lääkkeet, tekniset liuottimet sekä huumausaineet. (Inkinen & Partanen & Sutinen 2000, 74.)

Useita psyykeen vaikuttavia lääkkeitä käytetään päihteenä, kuten uni- ja rauhoittavia lääkkeitä, ahdistukseen ja masennukseen tarkoitettuja lääkkeitä, kipulääkkeitä ja pahoinvointilääkkeitä. Teknisiä liuottimia, kuten liimoja, asetonia, tinneriä, lakkoja, toluenia, erilaisia aerosoleja (hiuslakka, spraymaali), kynsilakanpoistoainetta ja butaania käytetään imppaamalla, eli haistelemalla, aikaansaamaan alkoholihumalaa muistuttava tila. (Inkinen ym. 2000, 74.) Tekniset liuottimet voidaan luokitella huumeiksi, vaikka niitä ei Suomen huumausainelain mukaan luokitellakaan huumausaineiksi. Huumausaineiksi luokitellaan kannabistuotteet, kuten marihuana ja hasis, keskushermostoa kiihottavat aineet eli stimulantit; kuten amfetamiini ja kokaiini, keskushermostoa lamaavat aineet eli opiaatit, kuten heroini, hallusinogeenit, kuten LSD. (Havio ym. 1994, 101–106.)

Päihteidenkäyttäjä on potilas, joka käyttää päihteitä joko kokeilu- tai satunnaismielessä, säännöllisesti tai on ongelmakäyttäjä. Päihteiden ongelmakäyttö vaikuttaa käyttäjän lisäksi myös hänen läheisiin, työelämään ja yhteiskuntaan. (Inkinen ym. 2000, 12.)

Päihteillä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan erilaisia laillisia ja laittomia päihteinä käytettäviä aineita, joita ovat alkoholi, eräät lääkkeet, tekniset liuottimet ja huumausaineet. Ihmisen psyykkisiin ja fyysisiin toimintoihin ja tajunnan tasoon päihteet vaikuttavat hyvin yksilöllisesti. Päihteiden käyttöön liittyy muutoksia käyttäytymisessä, mutta myös olosuhteilla ja käyttötilanteen tunnelmalla on vaikutusta päihtymystilaan. (Inkinen ym. 2000, 12.)

2.3 Kohtaaminen hoitotyössä

Ympäristön voidaan ajatella koostuvan fyysisistä, sosiaalisista ja symbolisista tekijöistä (Kim 1983, 79–80). Yksilöllisten seikkojen lisäksi fyysisellä ja sosiaalisella ympäristöllä vaikutetaan terveyteen (Onkalo 2001, 19–20). Jo Florence Nightingale (1960, 11) oivalsi, että sairaalalla ympäristönä on valtava merkitys ihmisen hyvinvoinnille, terveydelle ja parantumiselle. Hovin tekemän tutkimuksen mukaan fyysisellä ympäristöllä on toiminnallinen, yksilöllinen ja sosiaalinen merkitys. (Hovi 1990, 18–19.) Sairaalaympäristön ei tulisi olla asiakkaan kannalta rajoittava tai tuottaa odottamattomia vaikeuksia. Ympäristö ja asiakas muodostavat systeemin, jonka osien välillä tapahtuu energian ja informaation vaihtoa. Ympäristö voi rajoittaa asiakkaan vapautta liikkua ja ympäristössä voi olla elementtejä, joita asiakas pyrkii kontrolloimaan. (Kim 1983, 89.)

Kohtaaminen on käymistä toista ihmistä kohti. Kohtaamisessa on unohdettava suoritukset, sillä yleispäteviä ohjeita tai yksiä oikeita sanoja ei ole olemassa. Ihmisten välinen kohtaaminen voi tapahtua vain ihmisyyden välityksellä. Ihminen kykenee kuuntelemaan toista ihmistä, jos unohtaa suorittamisen. Suorittamisen tilalle on opeteltava olemista, ymmärtämisen tilalle välittämistä ja neuvomisen tilalle jakamista. (Mattila 2007, 12.) Aidon kohtaamisen tila syntyy, kun ihmisten elämänpiirien välille syntyy kosketuspintaa. Se tapahtuu vakavasti ottamisen, läsnäolon ja jakamisen kautta. Kun toisen ihmisen ottaa vakavasti, arvostaa hänen persoonallisuuttaan. Luottamuksellisuuden ja välittämisen ilmapiirille läsnä oleminen on välttämätöntä. Läsnä oleminen ja jakaminen edellyttävät ulkoa opituista vuorosanoista luopumista ja oman ihmisyyden alttiiksi laittamista. Aito kohtaaminen sisältää sallivuuden näkökulman, sillä siinä on tilaa persoonalliselle erilaisuudelle. (Mattila 2007, 13–14.)

Arvostavassa ja kunnioittavassa ilmapiirissä on mahdollista luoda hyvä ja rakentava vuorovaikutus. Arvostaminen on inhimillisen elämän, tunteiden ja kokemuksen arvostamista kaikissa muodoissaan. Se on huolenpidon ja hyvän hoidon kulmakiviä. Arvostaminen on yhtäläisen arvon antamista jokaiselle ihmiselle, riippumatta esimerkiksi ymmärryksestä, luonteesta tai elämäntavasta. Siitä ymmärryksestä että jokainen ihminen on ainutlaatuinen ja hänellä on oma tehtävänsä, kasvaa ihmisen elämäntarinan arvostaminen. Tämä merkitsee sitä, ettei kenenkään tarinaa pidä unohtaa, vähätellä, kaivata tai leimata yksioikoisesti. Potilaan arvostamista vaikeuttavat työntekijän moralistiset ja kategoriset asenteet, joiden avulla hän luokittelee tai leimaa asiakkaita. Työntekijän oman tunne-elämän kipu voi saada hänet suhtautumaan ylimielisesti tai tuomitsevasti. Vaikeat elämäkokemukset omassa elämässä voivat aiheuttaa ihmisen sisimpään ristiriitaisia tilanteita, joissa hän haluaisi ajatella, asennoitua ja toimia toisin, kuin mihin tunteidensa takia kykenee. Omat kokemukset voivat myös lisätä ymmärrystä ja halua auttaa, mutta samalla kohtaamiset voivat herättää kivun, joka muistuttaa omasta elämän kokemuksesta. (Mattila 2007,15–16.)

Arvostavassa kohtaamisessa tärkeä perusaines on nöyryys. Oman elämän totuudellinen katsominen antaa mahdollisuuden samanlaisesta katseesta potilaan elämään. Elämän yhteyden tunnustaminen merkitsee sitä, että tietää elämänsä riippuvan ainakin osittain ihmisen hallinnan ulkopuolisista tekijöistä. Kohtaamisen esteenä voi olla työntekijän ylemmydentunto. On mahdotonta päästä luomaan lämmintä, merkityksellistä ja toista ihmistä tukevaa vuorovaikutusta ja kohtaamista, jos työntekijä uskoo tai haluaa uskoa olevansa kaikkien sellaisten seikkojen yläpuolella, jotka ovat muodostuneet potilaan elämässä kompastuskiviksi. (Mattila 2007, 19–21.)

Sairaanhoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa tapahtuvaa, sairaanhoitajan ilmentämää hoidollista asennoitumista ja suhtautumista potilaaseen kutsutaan hoitavaksi kohtaamiseksi. Tässä tunnusmerkkinä on, että sairaanhoitaja suhtautuu potilaaseen myönteisesti, kunnioittavasti, myötäelävästi ja hyväksyvästi. (Havio ym. 1994, 50.) Englannista tehdyssä mielenterveyden ammattilaisille suunnatussa tutkimuksessa on osoitettu mielenterveyden ammattilaisilla olevan kielteisiä asenteita päihteidenkäyttöä kohtaan. Tämä vaikuttaa ratkaisevasti hoidon laatuun. Tutkimuksessa tutkittiin mielenterveysalan ammattilaisten suhtautumista aineiden väärinkäyttäjiin iän, kokemuksen, ammattiaseman, lisäkoulutuksen, koulutustason kautta. Osallistujat, jotka olivat jatkokoulutettuja, olivat vähemmän moraalisia sekä heidän lähestymistapa oli erilainen. Osallistujat, jotka olivat päteviä sosiaalityöntekijöitä, olivat sallivampia hoidon suhteen

kuin sairaanhoitajat. Tulokset osoittavat, että on olemassa tekijöitä, esimerkiksi jatkokursseja, jotka edistävät pienemmän moraalisen asenteita. (Richmond & Foster, 2003, 393–403.)

Vuorovaikutus tarkoittaa sitä, että siihen osallistuvat ihmiset vuorotellen vaikuttavat toisiinsa. Vuorovaikutuksen onnistumisessa oleellisia asioita ovat, sellaiset kuin, osaako henkilö lähettää sanoman ymmärrettävässä muodossa, kuunteleeko toinen osapuoli viestiä, kuuleeko hän sen, ja kuinka se tulkitaan. Maailmankuvan laajentamista ja oppimista on huomaaminen, että samasta asiasta voidaan ajatella eri tavoin ilman, että omaa mielipidettä tarvitsee muuttaa. (Mäkisalo- Ropponen 2011, 99–100.) Vuorovaikutus on taito, jota voi oppia ja opiskella, mutta koskaan kukaan ei tule täysin oppineeksi. Keskeistä hoitotyössä on tavoitteellinen vuorovaikutus, joka merkitsee sitä, että hoitotyöntekijä kuulee, näkee ja havaitsee sekä sanallista että ei-sanallista viestintää. Kohtaamisen perusedellytyksiä on potilaan ja hoitotyöntekijän tasavertaisuuden kunnioittaminen. Kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta ei synny, jos hoitotyöntekijän asenteet ovat valmiiksi ennakkoluuloisia tai varautuneita. (Mäkisalo- Ropponen 2011, 167–168.)

Päihtymyksen asteesta riippumatta ihmisellä on perustuslaillinen (731/1999) oikeus terveydentilansa edellyttämään hoitoon. Hoitotyössä häntä on kohdeltava asianmukaisesti, eikä päihtymystila saa olla esteenä akuuttihoidon tarpeen arvioinnille tai hoidon järjestämiselle. Päihteitä käyttäneen henkilön ymmärrys- ja havainnointikyky ovat usein heikentyneet, väärinymmärryksiä tulee helposti puolin ja toisin. Sairaanhoitajan ammattillisen vuorovaikutuksen kulmakiviä päihtyneen kohtaamisessa ovat ajantasainen tieto, asenne ja päihdetyön osaaminen. Niiden hallinta näkyy sairaanhoitajan toiminnassa hoitotilanteessa ja ohjaa vuorovaikutustilanteita. Sairaanhoitaja pystyy vahvistamaan luottamusta päihteenkäyttäjään rauhallisella, määrätietoisella ja eettisellä toiminnalla. Vuorovaikutuksessa päihtyneen kanssa on tärkeää, että sairaanhoitaja on rauhallisen empaattinen, tiukan johdonmukainen, puhuu selkeästi ja ymmärrettävästi, korostaa yhteisiä hoidon tavoitteita, perustelee kärsivällisesti hoidon faktoja sekä palkitsee myönteistä käyttäytymistä. Päihtyneeseen potilaaseen ei tule suhtautua alentuvasti, eikä häntä tule uhkailla, provosoida tai itse provosoitua, koska hän on herkkä loukkaantumaan. Ääntä ei tulisi korottaa, ellei se ole välttämätöntä. Sairaanhoitajalle päihteenkäyttäjän ristiriitainen toiminta voi olla usein turhauttavaa ja toistuvat hoitokäynnit voivat vaikuttaa suhtautumiseen kielteisesti. Päihderiippuvuuden kohtaamisen, luonteen ja hoidon prosessimaisuuden ymmärtäminen auttaa sairaanhoitajaa sietämään omia turhautumisen tunteitaan. Hoitoyhteisölle potilaan päihtyneisyys on haaste. Lähestymistavan valinnas-

sa on tärkeää, että ratkaisut ovat eettisesti ja hoidollisesti perusteltuja. Tärkeää on myös miettiä, miten päihteenkäyttäjän päihtyneisyyttä voi hoidollisella tavalla ymmärtää, vaikkei sitä tarvitsekaan hyväksyä. (Havio ym. 2008, 203–205.)

Sairaanhoitajan myönteinen asenne päihteiden käyttäjää kohtaa auttaa potilasta käsittelemään päihteenkäytön ongelmien aiheuttamaa leimautumista ja häpeää. Sairaanhoitajan kielteinen asenne päihteenkäyttöön ja päihteidenkäyttäjiin voi johtaa siihen, että hän välttää päihteenkäytöstä tai sen ongelmista puhumista potilaan kanssa, tai jopa välttelee itse potilasta. Myönteisten asenteiden tueksi ja kehittymiseksi sairaanhoitaja tarvitsee työyhteisön tuen. Sairaanhoitajan myönteisyyttä ja korkealaatuista hoitotyötä edistävät työyhteisön kuunteleva, kannustava ja ymmärtävä vuorovaikutus. (Havio ym. 2008, 41–42.)

Päihteenkäyttäjän aggressiivisuus voi näkyä erilaisena kielteisenä suhtautumisena asioihin ja ihmisiin, epäasiallisena käytöksenä, kieltäytymisellä yhteistyöstä ja hoitotoimenpiteistä, syyttelynä, kostonhaluna tai kaunaisuutena. Päihteenkäyttäjän aggressioiden, väkivaltaisuuden ja uhkailun taustalla on usein itsensä tai tilanteen hallitsemattomuuden pelko. Käytös ja pelot liittyvät usein turvattomuuteen, avuttomuuteen, väärinymmärryksiin, vieroitusoireisiin tai kaltoin kohteluun hoitohistoriassa. Tarkka anamneesin kartoittaminen on tärkeää, jos päihteenkäyttäjällä on väkivaltainen tausta. Vihamielisen ja aggressiivisen päihteenkäyttäjän akuutissa kohtaamisessa on syytä puhutella häntä kunnioittavasti ja nimellä, kohdata hänet vastuullisena aikuisena, välttää kielteisiä ilmaisuja, istua itse samalla tasolla päihteenkäyttäjän kanssa, kommunikoida selkeästi ja ymmärrettävästi, pitää riittävä turvaväli ja kiusaantumaton katsekontakti, kysyä yhtä asiaa kerrallaan ja pitää kysymykset yksinkertaisina sekä antaa riittävästi hänen toivomaansa tietoa asioista. (Havio ym. 2008, 206–207.) Englannissa tehdyssä tutkimuksessa vertailtiin mielenterveys- ja ensihoitajien asenteita itsetuhoisesti käyttäytyvää henkilöä kohtaan. Tulokset paljastavat, että molemmissa ryhmissä hoitajien asenteita itsetuhoiseen käyttäytymiseen pidetään yleisesti myönteisenä. Asenteet olivat merkittävästi erilaisia hoitajien pitkän työkokemuksen ja iän tuoman kokemuksen ryhmissä. (Anderson, 1997, 25, 1283–1291.)

Ensimmäiset 10–20 sekuntia ovat tärkeimmät kohdattaessa uhkaavasti tai väkivaltaisesti käyttäytyvä ihminen. Ihmisen kyky vastaanottaa viestejä on rajallinen uhkaavassa tilanteessa, jolloin eleet, ilmeet ja asennot vaikuttavat välittyvään viestiin eniten. Arvioidaan, että stressitilanteessa sanojen viestinnän merkitys olisi vain 7 prosenttia, äänen-

voimakkuuden, painotusten sekä äänensävyyn 38 prosenttia, ja kehon viestinnän merkitys jopa 55 prosenttia. (Dahl & Hirschovits 2002, 288.)

Sairaanhoitajilla on vastuu omista asennereaktioistaan ja käyttäytymistä täytyy hallita. Sairaanhoitajan ammatillinen käyttäytyminen tarkoittaa myös oman käyttäytymisen kehittämistä ja herkkätunteisuutta muille ihmisille. Täytyy olla tietoinen omasta käyttäytymisestään ja sanattomasta viestinnästään. (Kristoffersen ym. 2006,168.) Tunteiden tunteminen ja niistä puhuminen on tärkeää, tämä koskee koko elämää ja kaikkia elämäntilanteita. Asiakas kohtaamisissa on tärkeää ymmärtää, milloin on kysymys työntekijän omista tunteista, jotka heräävät reaktioina tapahtumiin ja vuorovaikutukseen. Kukaan ei voi määritellä, mitä pitäisi tuntea tai mitkä tunteet ovat sallittuja. Tunteet heräävät aina oikeutetusti ja ne kertovat tuntijasta ja hänen kosketuspinnastaan elämään. Työntekijän tunteet eivät ole potilaan syytä, vaikka ne syntyisivät vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. (Mattila 2007, 18.) Yhdysvalloissa tehdystä tutkimuksesta selviää, että heikommassa asemassa olevan henkilön hoitaminen aiheuttaa jollain tasolla pelkoa sairaanhoitajissa. Hoitajien pelon voi aiheuttaa itse potilas tai he voivat tuntea olevansa potilaan tilanteessa itse jossain oman elämänsä vaiheessa. (Maze, 2005, 546–554.)

Ammatti-identiteetti on kiinni persoonallisessa identiteetissä, joten oma persoona on tärkein työväline ihmissuhdetyötä tekeväälle. Ratkaisevasti kaikessa tekemisessä vaikuttavat uskomukset omasta itsestä. Jos henkilö ei uskalla tutustua menneisyytensä tarinoihin tai kohdata itseään, ei hän myöskään voi auttaa muita. Hoitotyössä voi joutua huomaamaan, että oman elämäntarinan kipukohdat ja poistyonnetty tai työstämättömät asiat saattavat tulla esille ja aiheuttaa esimerkiksi käsittämättömiä kielteisiä tunteita potilaita kohtaan. Kuuntelemisen taito, niin että potilas kokee tulleen kuulluksi, vaatii työntekijää tunnistamaan omia tunteitaan sekä kestämään ja hyväksymään ne. (Mäkisalo- Ropponen 2011, 60.)

Tilastokeskuksen vuonna 2007 teettämän tutkimuksen mukaan, joka kolmas työläinen koki kiireen ja työpaineiden haittaavan heidän henkistä hyvinvointiaan. Kiireessä ja työpaineiden alla työturvallisuuden varmistaminen voi unohtua, eikä henkilökuntaa aina ole riittävästi saatavilla, joten vaikeita potilaita tai asiakkaita joudutaan hoitamaan yksin. Hoitotyössä tällaiset tilanteet saattavat lisätä työssä kohdatun väkivallan riskiä. Kiireiden sekä työpaineiden kokemisen lisäksi tutkimuksessa todettiin terveyden- ja sairaanhoitajilla sekä sosiaalialan hoitajilla väkivaltakokemusten olevan yleisempiä. Tutkimustulosten mukaan kiireen ja työpaineiden yhteys työväkivallan yleisyyteen ei kuitenkaan ollut yhtä selkeä kuin väkivallan riskin tai häirinnän. (Tilastokeskus 2009.)

Asenteilla on merkittävä vaikutus hoidon onnistumiseen kun päihdeongelma kyseessä. Hoitajan asenne vaikuttaa hoidon aloittamiseen, sisältöön ja toteuttamiseen. (Seppä 2003, 91.)

Päihderiippuvuuden ja päihteenkäytön ilmiöiden ymmärtämisen apuna on, jos käsittää, että ihmisen elämän eri tekijät vaikuttavat toisiinsa merkittävästi. Kokonaisvaltaisesta, holistisesta ja humanis-eksistentiaalisesta ihmiskäsityksestä on hyötyä hoitotyössä, kun pyritään ymmärtämään potilaan kokemuksia ja tilannetta. Holistinen ihmiskäsitys auttaa ymmärtämään, miten ihminen on kokonaisuus. Humanistis-eksistentiaalisessa ihmiskäsityksessä keskeistä on, että ihminen on elämäntilanteessaan ainutkertainen, ajatteleva, tunteva, valintoja tekevä, muiden ihmisten ja ympäristönsä kanssa vuorovaikutuksessa kehittyvä, kasvava ja elävä olento. Päihteenkäyttö, siitä aiheutuvat ongelmat ja päihderiippuvuus kietoutuvat ihmisen koko olemassaoloon kokonaisvaltaisesti. (Havio 1994, 16.)

Huolenpidon etiikkaan voidaan katsoa kuuluvaksi halun suhtautua toiseen ihmiseen läheisellä tavalla. Läheisyys tekee mahdolliseksi toisen ihmisen ymmärtämisen sekä hänen huoliensa ja pelkojensa jakamisen. Lisäksi huolenpidon etiikka sisältää harmonisten tunteiden suosimista ja yhteistyön kykyä suhtautumisessa toisiin ihmisiin. Huolenpidon etiikan yksi tärkeä osa-alue on myös sitoutuminen ihmissuhteita ylläpitävään toimintaan. Mayerhoffin (1971) mukaan huolenpidon etiikka on vaativimmillaan toisen ihmisen auttamista itsensä toteuttamiseen ja persoonalliseen kasvuun. Aina tilanteessa, jossa autamme toista ymmärtämään omaa elämäntilannettaan ja itseään, autamme häntä kasvamaan persoonana. Huolenpidon keskeisimpänä tavoitteena on tukea toista kasvamaan omia valintoja tekeväksi, omaa elämäänsä eläväksi sekä autonomiseksi ihmiseksi. (Juujärvi ym. 2007, 213–217.)

2.4 Sairaus ja riippuvuus

Sairaus liitetään sairauden kokemukseen, usein ihmisen henkilökohtaiseen ja sisäiseen elämukseen. Sairaus voidaan useimmiten diagnosoida. Aina ei kuitenkaan sairauden syytä pystytä todentamaan lääketieteellisellä tutkimuksella tai testillä. Tästä johtuen perinteisen lääketieteellisen tulkinnan mukaan potilaan on vaikea hyväksyä sairautta

ilman tautia tai sairauden kokemusta ilman, että on saatu todennettua sairautta. Potilas ei välttämättä aina koe sairauden kokemusta, sillä hän voi olla sairas ilman, että itse tietää. Sairaana rooli on sosiaalinen status, rooli tai asema, joka on syntynyt neuvottelussa sairaan ihmisen ja yhteiskunnan välillä. Yhteiskunta myöntää, että ihminen on sairas. (Kristoffersen ym. 2006, 55.) On erilaisia tapoja määritellä, mitä sairaus ja terveys ovat. Voidaan kuitenkin sanoa, että sairaus on sitä, minkä lääketiede käsittää sairaudeksi. (Söderling 1995, 182.)

Tämän hetkinen lääketieteellinen sairauskäsite on saanut vaikutteita sekä dualistisesta ihmiskuvasta että mekanistisesta sairauskäsityksestä. Sairaus ymmärretään ruumiin haitallisten prosessien tai toimintojen järkkymisenä tai psyykkisen toiminnon häiriönä. Sairaudelle ominaista ovat tietyt oireet, jotka voidaan määritellä diagnoosin avulla. Diagnoosi tehdään objektiivisten mittausmenetelmien ja kliinisen tutkimuksen avulla. Tauteja voidaan luokitella kansainvälisen tautiluokitusten ICD-10 ja DSM-IV avulla. On olemassa erityyppisiä sairauksia, jotka jaetaan länsimaisessa lääketieteessä järjestelmässä fyysisiksi, psyykkisiksi ja psykosomaattisiksi. (Kristoffersen ym. 2006, 58.) Suomessa on noudatettu WHO:n ICD-10 tautiluokitusta virallisissa yhteyksissä vuodesta 1996 (Dahl ym. 2002, 263–264). Amerikkalaista diagnostista järjestelmää DSM-IV, voidaan käyttää tutkimustyössä ja tieteellisissä artikkeleissa. Kliiniseen käyttöön laaditussa ICD-10-kriteeristössä riippuvuusoireyhtymän kriteerit täyttyvät, kun kolme tai useampi kriteeri esiintyy samanaikaisesti tutkimusta edeltäneen 12 kuukauden aikana. (Poikolainen 2003, 76–77.) Biolääketieteessä huumeriippuvuus luokitellaan aivojen sairaudeksi, koska pidempiaikainen opioidien ja muiden huumeiden käyttö aiheuttaa neurokemiallisia muutoksia (Dahl ym. 2002, 267).

Stigmatisoivilla eli leimaavilla sairauksilla tarkoitetaan tauteja, joihin yhdistetään syyllisyyttä, huonommuutta tai moraalista heikkoutta. Havaittava leimaava oire/sairaus voi johtaa siihen, että henkilöön suhtaudutaan sosiaalisissa tilanteissa stereotyyppisellä tavalla muita alempana olevan ryhmän jäsenenä, eikä henkilökohtaisten ominaisuuksien mukaan. Sairastuminen on useimmille ei-toivottu tapahtuma, eivätkä tietyt taudit tai sitä sairastavat ole automaattisesti stigmatisoituneita. Stigmatisoitumisessa ovat oleellisia tilan liittyminen vähempiarvoisuuteen ja tuomittavuuteen, sekä kyseiseen sairauteen liittyvät stereotyyppiset uskomukset ja asenteet, jotka ohjaavat vuorovaikutusta stigmatisoituneen kanssa. Nyky-yhteiskunnassa merkittävimpiä uusia terveysongelmia ovat erilaiset elämäntapasairaudet. Alkoholismi on eri aikakausina edustanut milloin syntiä, milloin sairautta tai rikosta. Nykypäivän terveyshuollossa medikalisaatio on esimerkki

stigmasta. Diagnoosi voi johtaa stereotyyppiseen arvioon ihmisestä, hänen kokemuksestaan ja käyttäytymisestään. Juopuneen tai huumeisen henkilön käytöstä on usein vaikea ymmärtää ja käytös koetaan arvaamattomuutensa vuoksi usein pelottavaksi. (Kaltiala-Heino & Poutanen & Välimäki 2001;117: 563–566.)

Sosiologian biologisista juurista keskeisin on ollut evolutionismi, jonka perustaja Charles Darwin (1809–1882) oli. Darwin selitti lajien kehitystä niin, että vaikka hankitut ominaisuudet eivät periidykään, perinnöllisyystekijöissä tapahtuvista muutoksista elinvoimaisimmat jäävät eloon ja muut tuhoutuvat. Lisäksi lajien keskinäisessä olemassaolon taistelussa ne, jotka sopeutuvat parhaiten olosuhteisiin, menestyvät ja muut lajit joutuvat niiden armoille. Selityksessä ympäristöön sopeutuminen on syy ja lajin menestyminen sen vaikutus. Sosiaalidarwinismilla tarkoitetaan kokonaisia yhteiskuntia, yhteiskuntaluokkia tai jopa rotuja koskevia evoluutioteorioita. Sosiaalidarwinismin mukaan olemassaolon taistelussa kulttuurisesti vahvimmat ja tarkoituksenmukaisimmalla tavalla järjestäytyneet yhteiskunnat, luokat tai rodut menestyvät muita paremmin. (Sulkunen 1999, 184,194.)

Riippuvuudella tarkoitetaan kemiallisen aineen käyttöä, joka johtaa henkilön psyykkisen ja fyysisen terveyden heikkenemiseen, kyvyttömyyteen säädellä aineen käyttöä, toleranssin kasvamiseen sekä vieroitusoireisiin käytön loputtua. Päihdeaddiktiolla tarkoitetaan pakonomaista kemiallisen aineen käyttöä, joka johtaa terveydellisiin, psykologisiin ja sosiaalisiin ongelmiin ja sen käyttöä yksilö ei pysty hallitsemaan. (Seppä 2003, 113–114.) Elävän organismin ja päihdyttävän aineen välisen vuorovaikutuksen seurauksena syntyy psyykkinen ja fyysinen tila jota kutsutaan päihderiippuvuudeksi. Tilaan kuuluu käyttäytymismalli, johon liittyy pakonomainen tarve saada ainetta ajoittain tai jatkuvasti, sen psyykkisten vaikutusten vuoksi tai poistamaan epämiellyttävää oloa, joka on seurausta siitä, kun henkilö on ilman ainetta. Positiivinen riippuvuus voi kääntyä negatiiviseksi, kun se ehdollistaa muuta elämää aiheuttaen sosiaalisia, fyysisiä, henkisiä tai psyykkisiä ongelmia. Päihderiippuvuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat perinnöllisyys, käyttäjän persoonallisuustekijät, käytetyn aineen käyttötapa, ominaisuudet ja käytetty määrä, situationaaliset tekijät kuten, ympäristö, kaveripiiri, vanhempien mallit ja elämän kriisit. Ilman yksilön omaa toimintaa eivät altistavat tekijät itsessään tuota riippuvuutta. (Dahl ym. 2002, 263–264.)

Päihderiippuvuus voidaan jakaa psyykkiseen, sosiaaliseen ja fyysiseen alueeseen (Kilpiäinen 2006, 18). Pääteistä aiheutuvassa riippuvuudessa keskeistä on, että kemialla pyritään vaikuttamaan mielentilaan nopeasti ja voimakkaasti. Psyykkisesti riippuvainen

päihteenkäyttäjä on riippuvainen tunnetilasta, jonka päihde tuo ja hän kokee tarvitse-
vansa päihdettä voidakseen hyvin, sekä pystyäkseen elämään. Jatkuva aineen tavoitte-
leminen ja käyttäminen ilman vieroitusoireita on psykologista riippuvuutta. Arvoma-
 ilman muuttuminen riippuvuuden suuntaiseksi ja sitä vahvistavaksi ilmenee henkisessä
riippuvuudessa. Päihteiden käyttö voi olla sosiaalinen tapahtuma, sosiaalinen verkosto
voi valikoitua päihteidenkäyttöön liittyvän elämäntavan mukaan. Päihdehakuisuus ryh-
mässä voi olla osa haettua tunnetilaa, sillä monet käyttäjät voivat olla riippuvaisia yhtei-
sistä käyttöön liittyvistä kokemuksista. Käyttäjä on fyysisessä riippuvuudessa tottunut
aineisiin ja käytön lopettaminen saa aikaan fyysisiä vieroitusoireita. Ruumiillinen riip-
puvuus tulee esiin keskushermoston, aineenvaihdunnan ja sydämen toiminnan alueilla.
Päihteiden käytön aiheuttama riippuvuus sekoittaa aivojen mielihyväkeskusta. Se voi
syrjäyttää muut ihmisen tarpeet, kuten syömisen ja juomisen. (Dahl ym. 2002, 265–268,
271.)

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelma

Tutkimuksella on aina tarkoitus, joka ohjaa tutkimusstrategian valintaa (Hirsjärvi ym. 2010, 137). Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelma ratkaisevat yleisimmin tutkimusmenetelmän. Tutkimusongelma on kysymykseksi usein muotoiltu pohdittava asia, johon pyritään saamaan vastaus. (Heikkilä 2004, 14.)

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa, millä tavalla sairaanhoitajan eettinen toiminta ilmenee päihdepotilaan kohtaamisessa, miten eettisyys näkyy kohtaamisessa ja sekä mitä tuntemuksia päihdepotilaan kohtaaminen aiheuttaa.

Tutkimustulosten tavoitteena on saada tietoa siitä, miten voidaan parantaa sairaanhoitajien valmiuksia päihdepotilaiden kohtaamiseen ja tuoda esille eettisyyden merkitys päihdepotilaan kohtaamisessa sekä lisätä tutkijoiden omaa ammatillista osaamista.

Tässä työssä tutkimusongelma on seuraava: Millä tavalla sairaanhoitajan eettinen toiminta ilmenee päihdepotilaan kohtaamisessa?

3.2 Tutkimusaineisto ja tutkimusmenetelmät

Tutkimuksen lähestymistapa on määrällinen, joka kohdentuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 40–41). Määrällisessä tutkimuksessa korostetaan syyn ja seuraamuksen lakeja. Taustalla on realistinen ontologia, jonka mukaan todellisuus rakentuu objektiivisesti todettavista faktoista. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2010, 139.) Määrällistä tutkimusta voidaan myös nimittää tilastolliseksi tutkimukseksi. Määrällinen tutkimus edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. (Heikkilä 2004, 16.)

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä tutkittava ilmiö sijoitetaan johonkin teoriasuuntaukseen ja käsitteet määritellään tarkasti. Teoria ohjaa uuden tiedon etsinnässä

ja jäsentää ja systematisoi kerättyä aineistoa. (Hirsjärvi ym. 1997, 140, 144.) Tutkimusongelmat operationalisoidaan eli tutkimusongelmat sisältävät alun perin teoreettiset käsitteet, mutta mittarissa ne on muutettu konkreettisiksi määritelmiksi. Kysymyksillä on selkeä yhteys teoreettiseen taustaan ja ne ovat mitattavassa muodossa. Käsitteet kuvaillaan selkeästi, jotta mittarin validiteetti säilyy hyvänä. (Hirsjärvi ym. 2010, 154–155.) Määrällisessä tutkimuksessa käsitettä kuvaavan mittarin laatiminen ja käsitteen määrittely ovat tyypillisesti erillisiä työvaiheita (Alkula & Pöntinen & Ylöstalo 1994, 75). Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat etiikka, hoitotyön etiikka (sairaanhoitajan eettisyys, tutkimuksen eettisyys), päihteet ja päihdepotilas.

Asiasanat: etiikka, hoitoetiikka, kohtaaminen, päihderiippuvuus, päihteet käyttö.

Kohdejoukko koostuu erään Suomessa sijaitsevan keskussairaalan sairaanhoitajista. Kyselylomakkeita jaettiin somaattisen puolen yhdelletoista osastolle, sisältäen yhden poliklinikan. Lastenosasto, naistentautienosasto sekä synnytysosasto jätettiin tutkimuksesta tarkoituksella pois, sillä niihin liittyvä potilaiden päihteidenkäyttö ja sen kohtaaminen ovat uuden tutkimuksen arvoisia asioita. Kyselylomakkeita osastoille jaettiin yhteensä noin 25 kappaletta, riippuen osastolla työskentelevien sairaanhoitajien määrästä. Kyselylomakkeet vietiin osastoille vastattaviksi 27.2.2012 ja noudettiin 19.3.2012. Vastattuja lomakkeita oli yhteensä 98, vastaajista naisia oli yhteensä 95 ja miehiä kolme.

3.2 Aineistonkeruu ja analysointi

Määrällisessä tutkimuksessa keskeistä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat sekä käsitteiden määrittely (Hirsjärvi ym. 2006, 131). Tutkimusmenetelmän tavoitteena on saada vastaus kysymyksiin, jotka pohjautuvat tutkimusongelmiin (Heikkilä 2005, 13). Määrällisessä tutkimusmenetelmässä käsitellään tutkittavia asioita numeroiden avulla. Tutkittava tieto saadaan numeroina tai vaihtoehtoisesti aineisto ryhmitellään numeeriseen muotoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42.) Tämä tutkimus on poikittaistutkimus, koska aineisto kerätään kerran, eikä tarkoituksena ole tarkastella samaa tutkimusilmiötä suhteessa ajalliseen etenemiseen.

Kyselylomake on kaikille vastaajille sama, eli niin kutsuttu survey-tutkimus. Survey-termi tarkoittaa sellaista menetelmää, jossa aineisto kerätään standardoidusti ja kohdehenkilöt muodostavat otoksen, tai näytteen, tietystä perusjoukosta. Survey-tutkimuksessa kerätyn aineiston avulla pyritään selittämään ilmiöitä. Standardoituus tarkoittaa sitä, että jos haluaa esimerkiksi saada selville, mikä osasto vastaajilla on, tätä asiaa on kysyttävä kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. (Hirsijärvi ym. 2010, 134, 193–194.) Tässä tutkimuksessa mittausväline on kyselylomake ja asiat ovat standardoituneesti kysytty samalla tavalla jokaiselta vastaajalta. Tämän tutkimuksen kyselylomakkeissa käytetään monivalintakysymyksiä ja muutaman kysymyksen kohdalla yksi vastausvaihtoehdoista on avoin. Tämän kyselytutkimuksen käytön etuna on mahdollisimman suuren vastausmäärän saaminen sekä tarkkojen vastausten antaminen selvitettävään asiaan.

Kyselylomakkeen laatimiseen tarvitaan kirjallisuuteen perustuvaa teoriapohjaa. Ilman tätä kysymysten laatiminen on mahdotonta. Tutkijan tulee miettiä tutkimusongelmaa ja sen täsmentämistä. Käsitteet on määriteltävä tarkasti, sekä mietittävä, minkä tutkimusasetelman valitsee. Tutkijan on varmistuttava siitä, että esitetyt kysymykset antavat vastauksen selvitettävään asiaan. Kysymyksiä ei voi enää muuttaa, kun kyselylomakkeet on lähetetty ja tiedot saatu. (Heikkilä 2001, 47, 49.) Tässä tutkimuksessa kysymysten laatimisen pohjalla on käytetty riittävää teoriapohjaa ja tutkivat ovat varmoja siitä, että kysymykset antavat vastauksia selvitettäviin asioihin.

Monivalintakysymyksissä vastaaja valitsee sopivimman vastausvaihtoehdon valmiiksi laadituista vaihtoehdoista (Hirsijärvi ym. 2006, 187–189). Aineisto kerätään kyselylomakkeella, jossa on valmiit vastausvaihtoehdot eli suljetut kysymykset. Kyseessä on tällöin strukturoitu kyselylomake ja etuna on mahdollisimman suuri vastausprosentti, koska vastaaminen on nopeaa (Hirsijärvi ym. 2010, 194). Kyselytutkimuksen etuna on muun muassa se, että kyselyn avulla saadaan kerättyä laaja tutkimusaineisto. Samalla kertaa voidaan kysyä montaa asiaa monelta eri ihmiseltä, mikä säästää tutkijan aikaa. (Hirsijärvi ym. 2006, 184.) Strukturoiduissa kysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot, joista rastitetaan tai ympyröidään sopiva tai sopivat vaihtoehdot. Tarkoituksenmukaisia ne ovat silloin, kun selvästi rajatut vastausvaihtoehdot tiedetään etukäteen ja niitä on rajoitetusti. Strukturoitujen kysymysten tarkoituksena on vastausten käsittelyn yksinkertaistaminen ja virheiden torjunta (Heikkilä 2004, 50–51.) Tutkittaessa jokaista perusjoukon eli populaation jäsentä, on kyseessä kokonaistutkimus. Määrällisessä tutkimuksessa kannattaa yleensä aina tehdä kokonaistutkimus, jos yksiköiden lukumäärä

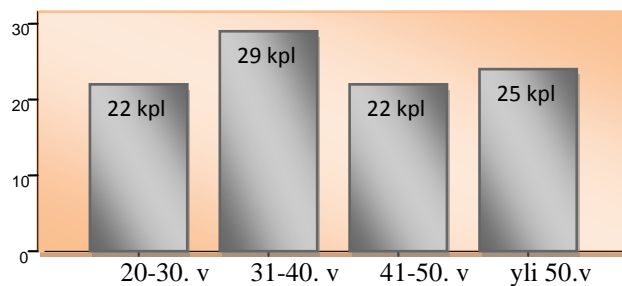
on alle sata (Heikkilä 2004, 33.) Tämä tutkimus on kokonaistutkimus, sillä tutkimuksessa tutkitaan jokaista populaation jäsentä.

Tutkimus on deduktiivinen tutkimus eli perustuu teoriaan (Kankkunen ym. 2010, 135). Tutkimuksen ydinasia on tutkimusaineiston analysointi, tulkinta ja siitä tehtävien johtopäätösten teko. Tässä vaiheessa tutkijalle selviää, minkä tyyppisiä vastauksia hän esittämiinsä ongelmiin saa. Aineistosta päästään tekemään päätelmiä vasta esitöiden jälkeen. Ensimmäinen vaihe on saatujen tietojen tarkistus. Aineistosta tarkistetaan virheellisyydet ja mahdolliset puuttuvat tiedot. Toiseksi tietoja voidaan täydentää kyselylomakkeita karhuamalla. Kolmas vaihe on aineiston järjestäminen saadun tiedon tallennusta ja analysointia varten. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta muodostetaan muuttujia ja se koodataan muuttujaluokituksen mukaisesti. Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi aloitetaan mahdollisimman pian kyselylomakkeiden palautumisen jälkeen. (Hirsjärvi ym 2006, 209–211.) Tämän tutkimuksen tilastolliseen analysointiin käytetään SPSS-järjestelmää, sillä se on helppokäyttöinen ja monipuolinen ohjelma.

4 TUTKIMUSTULOKSET

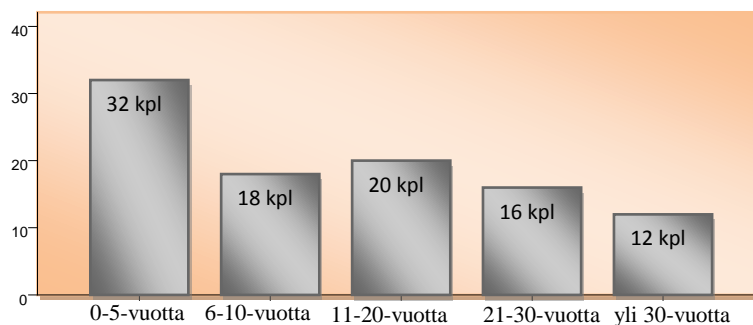
4.1 Taustatiedot

Vastaajien ikä jakautui tasaisesti 20–60 vuotiaisiin. Eniten vastaajia ikäryhmässä 31–40-vuotiaat 29,6 %. Yli 50-vuotiaita vastaajia oli 25,5 % ja 20–30-vuotiaita sekä 41–50-vuotiaita molempia 22,4 %.



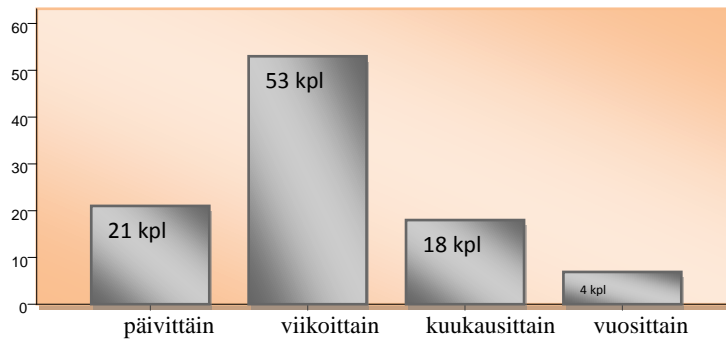
KUVIO 1. Vastaajien ikäjakauma (n = 98)

Vastaajista 32,7 % oli toiminut sairaanhoitajan ammatissa alle 6 vuotta. Viides osa (20,4 %) 11–20 vuotta, alle viides osa (18,4 %) 6–10 vuotta, 16,3 % oli toiminut 21–30 vuotta ja 12,2 % oli toiminut yli 30 vuotta sairaanhoitajan ammatissa.



KUVIO 2. Sairaanhoitajana työskentely vuodet (n = 98)

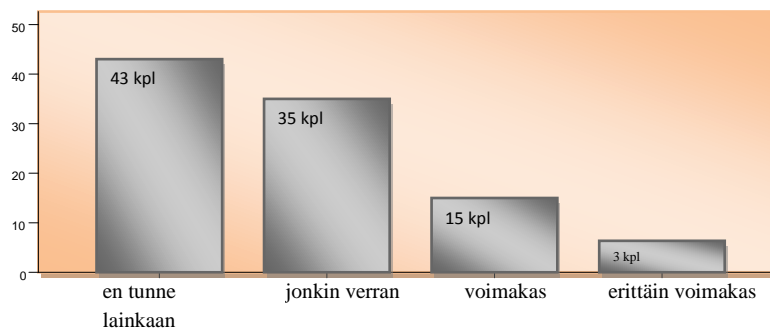
Vastaajista 55.2% kohtasi viikoittain työssään päihdepotilaita ja päivittäin kohtasi 21.9 %, kuukausittain 18,8 % ja vuosittain kohtasi 4,2 %. Kaksi vastaajaa jätti vastaamatta kysymykseen. Suuri osa (77,1 %) vastaajista kohtaa päihdepotilaan työssään päivittäin tai viikoittain.



KUVIO 3. Päihdepotilaan kohtaamistiheys (n = 96)

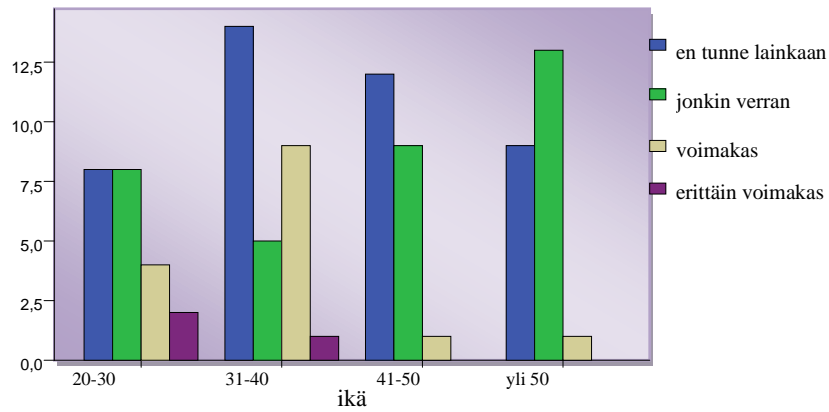
4.2 Tunnetilat

Vastaajista (44,8 %) ei kokenut lainkaan sääliä kohdatessaan päihdepotilaan. Jonkin verran sääliä tunsu 36,5 %, voimakasta sääliä koki 15,6 % ja 3,1 % erittäin voimakasta sääliä kohdatessaan päihdepotilaan. Vastaajista 2 jätti kysymykseen vastaamatta.



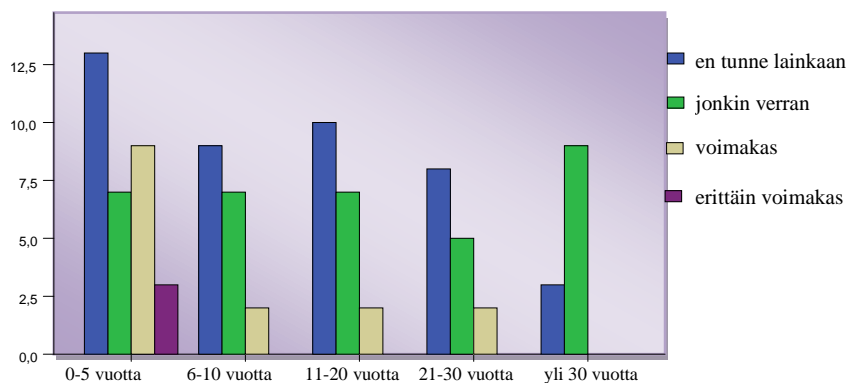
KUVIO 4 Koettu säälin tunne päihdepotilaan kohtaamisessa (n = 96)

31–40 vuotiaista vastaajista suurin osa ei kokenut säälin tunnetta lainkaan päihdepotilaan kohtaamisessa. Yli 50-vuotiaista suurin osa koki jonkin verran. 20–40- vuotiaista pieni osa on tuntenut sääliä erittäin voimakkaasti päihdepotilaan kohtaamisissa.



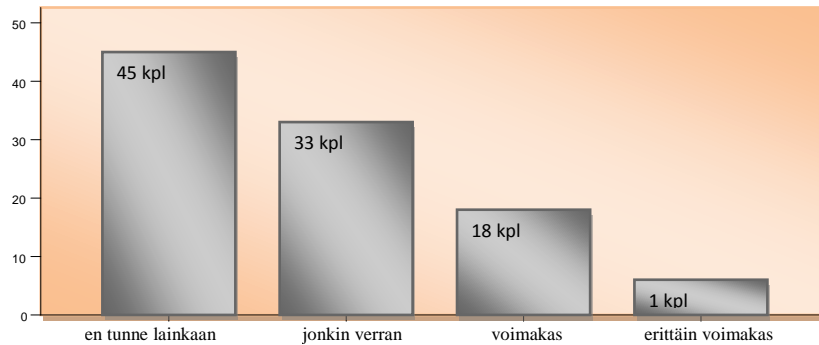
KUVIO 5. Koettu säälin tunne päihdepotilaan kohtaamisessa ikäryhmittäin (n = 96)

Alle 6- vuotta ammatissa toimineista suurin osa ei tuntenut sääliä lainkaan päihdepotilaan kohtaamisissa, mutta osa oli kokenut säälin tunteen erittäin voimakkaana. Yli 30-vuotta ammatissa toimineista suurin osa oli kokenut sääliä jonkin verran kohtaamisissa.



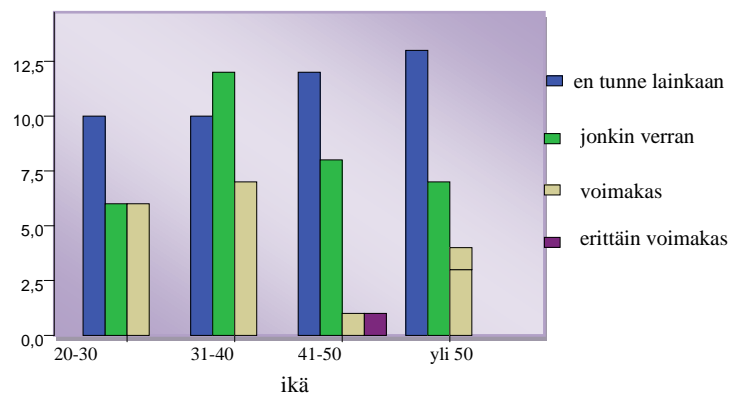
KUVIO 6. Koettu säälin tunne päihdepotilaan kohtaamisessa ammatti vuosien mukaan (n = 96)

Suurin osa vastaajista (46,4 %) ei kokenut vihaa lainkaan kohdatessaan päihdepotilaan. Jonkin verran koki 34,0 %, voimakkaasti vihaa koki 18,6 % ja erittäin voimakkaasti 1 % vastaajista kohdatessaan päihdepotilaan. Vastaajista 1 jätti kysymykseen vastaamatta.



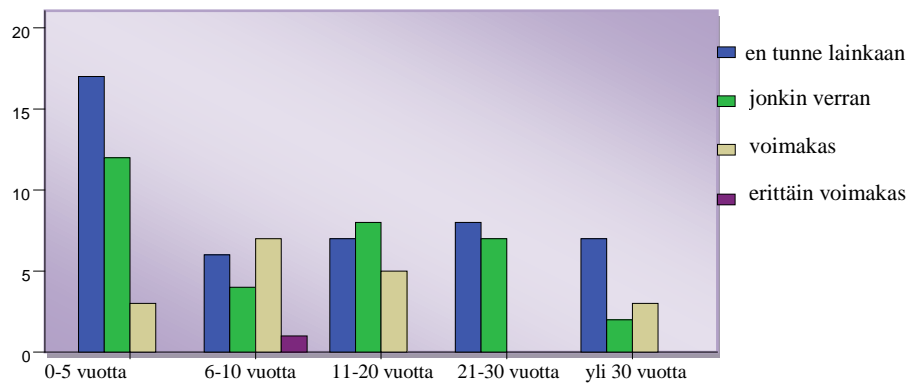
KUVIO 7. Koettu viha päihdepotilaan kohtaamisissa (n = 97)

Suurin osa 31–40 vuotiaista koki jonkin verran vihaa päihdepotilaan kohtaamisissa. Pieni osa 41–50 vuotiaista vastaajista koki vihan tunteen erittäin voimakkaana.



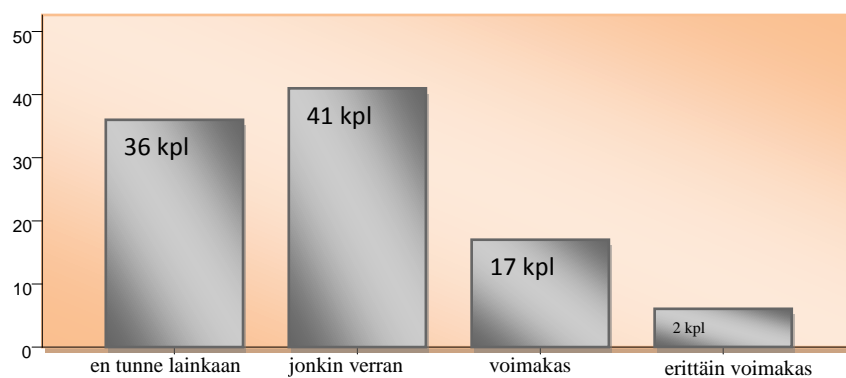
KUVIO 8. Koettu viha päihdepotilaan kohtaamisessa ikäryhmittäin (n = 97)

6-10 vuotta ammatissaan toimineilla korostui voimakas vihan tunne päihdepotilaan kohtaamisissa.



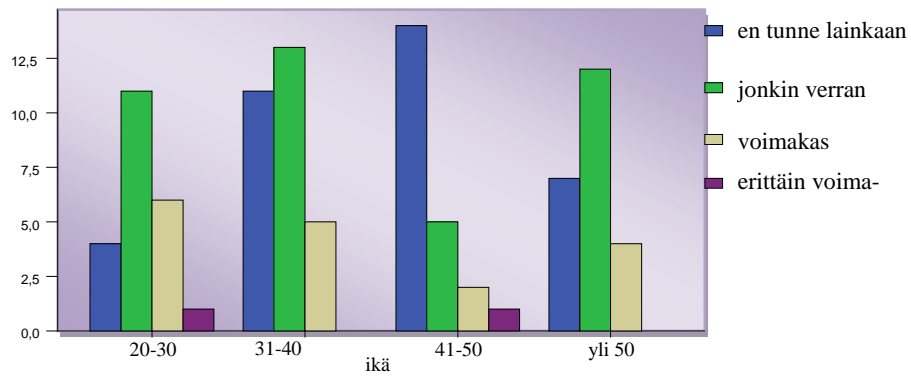
KUVIO 9. Koettu viha päihdepotilaan kohtaamisessa ammatti vuosien mukaan (n = 97)

Vastaajista 42,7 % koki pelkoa jonkin verran kohdatessaan päihdepotilaan. Lainkaan pelkoa ei tuntenut 37,5 % vastaajista, voimakasta pelkoa koki 17,7 % ja erittäin voimakasta pelkoa 2,1 % kohdatessaan päihdepotilaan. Vastaajista 2 jätti kysymykseen vastaamatta.



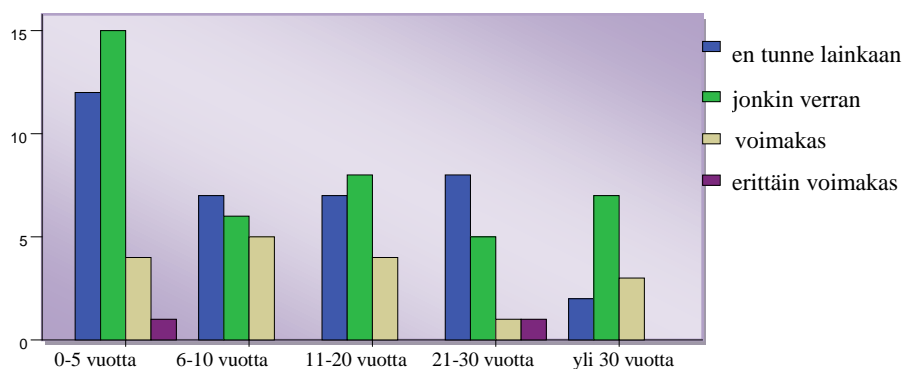
KUVIO 10. Koettu pelko päihdepotilaan kohtaamisissa (n = 96)

20–40 vuotiaista ja yli 50 vuotiaista suurin osa koki pelkoa jonkin verran päihdepotilaan kohtaamisissa. 41–50 vuotiaista vastaajista suurin osa ei kokenut pelkoa lainkaan kohtaamisissa.



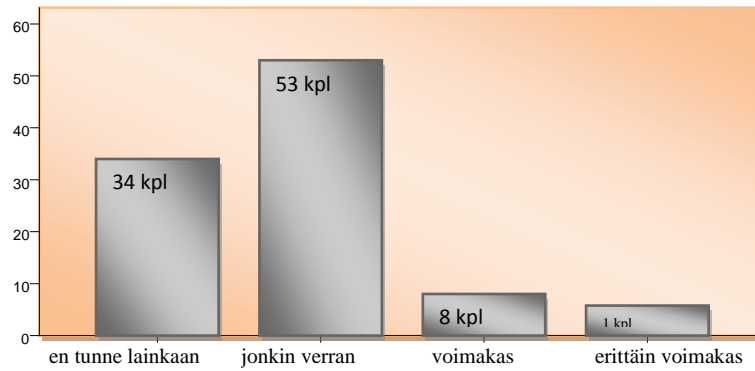
KUVIO 11. Koettu pelko päihdepotilaan kohtaamisissa ikäryhmittäin (n = 96)

Alle 6 vuotta ammatissa toimineista suurin osa koki pelkoa jonkin verran päihdepotilaan kohtaamisissa. Alle 6 vuotta ja 21–30 vuotta sairaanhoitajan ammatissa toimineista osa oli kokenut erittäin voimakasta pelkoa päihdepotilaan kohtaamisissa.



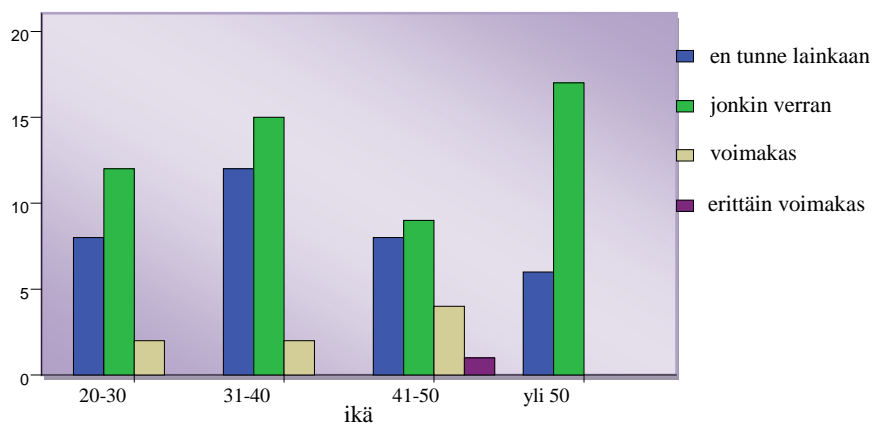
KUVIO 12. Koettu pelko päihdepotilaan kohtaamisissa ammatti vuosien mukaan (n = 96)

Vastaajista 55,2 % koki jonkin verran empaattisuutta kohdatessaan päihdepotilaan. 35,4 % ei kokenut tunnetta lainkaan, voimakasta empaattisuutta koki 8,3 % ja erittäin voimakasta empaattisuutta 1 % kohdatessaan päihdepotilaan. Vastaajista 2 jätti kysymyksen vastaamatta.



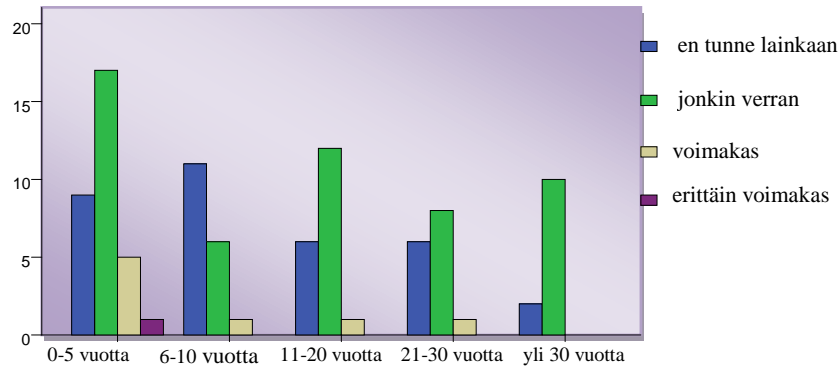
KUVIO 13. Empaattisuuden kokemus päihdepotilaan kohtaamisissa (n = 96)

Kaikissa ikäryhmissä suurin osa vastaajista oli kokenut jonkin verran empaattisuutta päihdepotilaan kohtaamisissa.



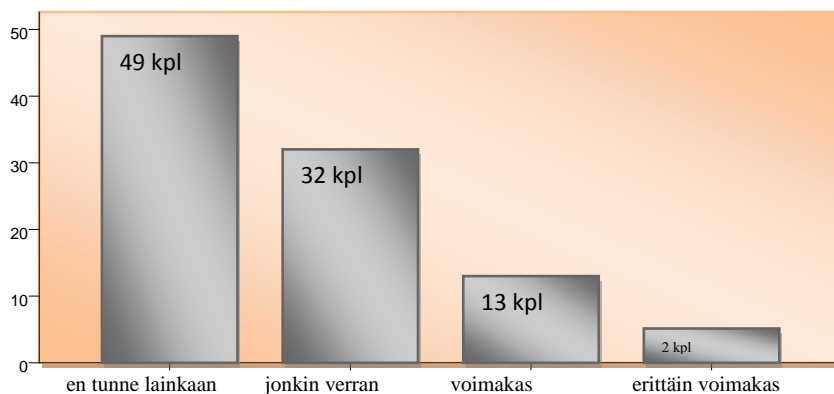
KUVIO 14. Koettu empaattisuus päihdepotilaan kohtaamisissa ikäryhmittäin (n = 96)

6-10 vuotta sairaanhoitajan ammatissa toimineista suurin osa ei tuntenut empaattisuutta lainkaan päihdepotilaan kohtaamisissa. Muut vastaajat ammatti vuosien mukaan kokivat jonkin verran empaattisuutta kohtaamisissa.



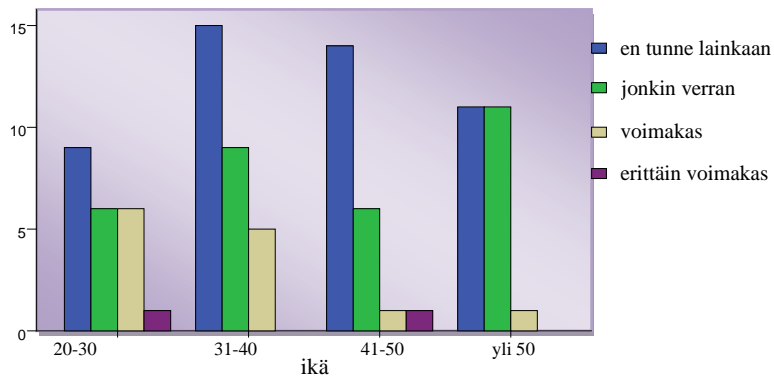
KUVIO 15. Koettu empaattisuus päihdepotilaan kohtaamisessa ammatti vuosien mukaan (n = 96)

Vastaajista 51,0 % ei kokenut lainkaan ahdistusta kohdatessaan päihdepotilaan. Jonkin verran ahdistusta koki 33,3 %. Ahdistusta voimakkaana koki 13,5 % ja 2,1 % erittäin voimakkaana kohdatessaan päihdepotilaan. Vastaajista 2 jätti kysymykseen vastaamatta.



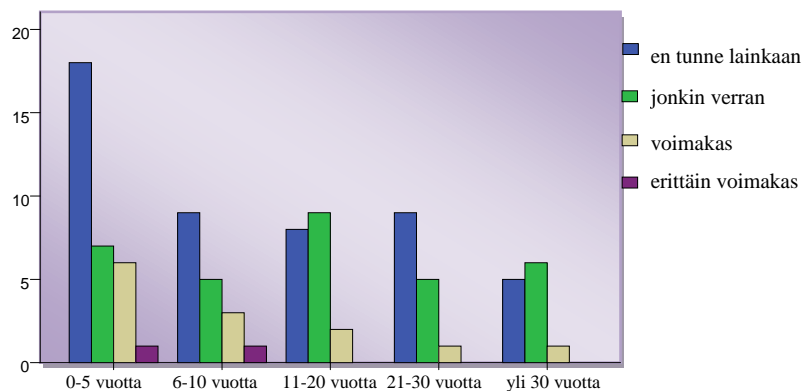
KUVIO 16. Koettu ahdistus päihdepotilaan kohtaamisissa (n = 96)

20–50 vuotiaista vastaajista suurin osa ei ollut tuntenut ahdistusta lainkaan päihdepotilaan kohtaamisissa.



KUVIO 17. Koettu ahdistus päihdepotilaan kohtaamisissa ikäryhmittäin (n = 96)

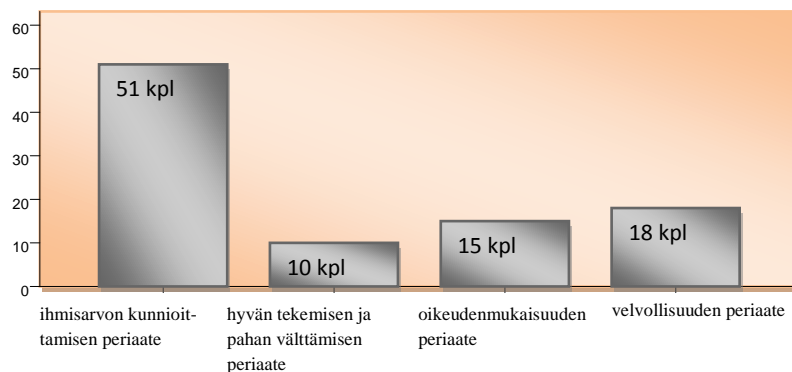
Alle 6 vuotta ammatissaan toimineista suurin osa ei tuntenut lainkaan ahdistusta päihdepotilaan kohtaamisissa. 11–20 vuotta sairaanhoitajina toimineista suurin osa koki jonkin verran ahdistusta kohtaamisissa.



KUVIO 18. Koettu ahdistus päihdepotilaan kohtaamisissa ammatti vuosien mukaan (n = 96)

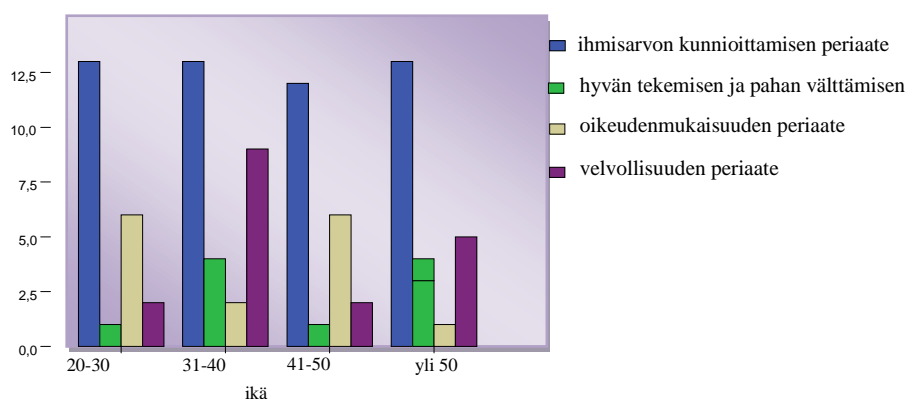
4.3 Hoitotyön etiikka ja eettiset periaatteet

Vastaajista 54,3 % oli sitä mieltä, että hoitotyön eettisistä periaatteista päihdepotilaan kohtaamisessa korostuu ihmisarvon kunnioittamisen periaate. Velvollisuuden periaate korostui 19,1 %, oikeudenmukaisuuden periaate 16 % ja hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate 10,6 % vastaajista. Vastaajista 4 jätti kysymyksen vastaamatta.



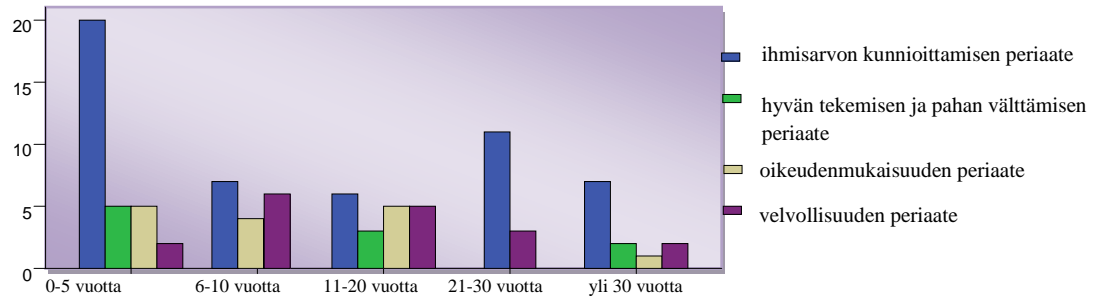
KUVIO 19. Hoitotyön eettisen periaatteen korostuminen päihdepotilaan kohtaamisessa (n = 94)

Hoitotyön eettisistä periaatteista ihmisarvon kunnioittamisen periaate korostuu kaikissa ikäryhmässä. Velvollisuuden periaatteen korostuu lähes kolmasosalla 31–40 vuotiaista vastaajista.



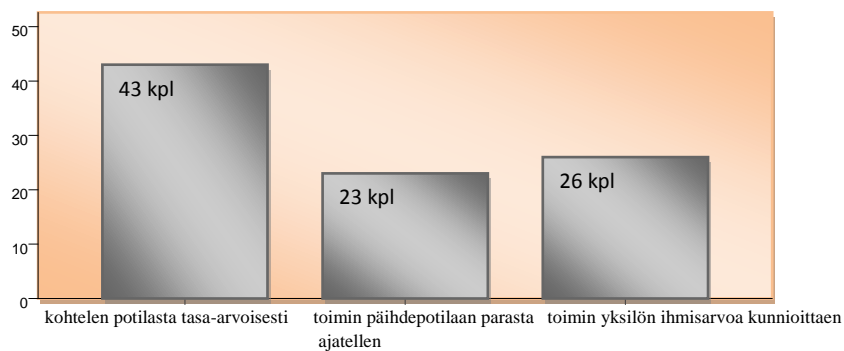
KUVIO 20. Hoitotyön eettinen periaate ikäryhmittäin (n = 94)

Ihmisarvon kunnioittamisen periaate korostuu eniten heillä jotka ovat toimineet sairaanhoitajan ammatissa alle 6 vuotta. Myös 21–30 vuotta ja yli 30 vuotta ammatissaan toimineilla ihmisarvon kunnioittamisen periaate korostuu.



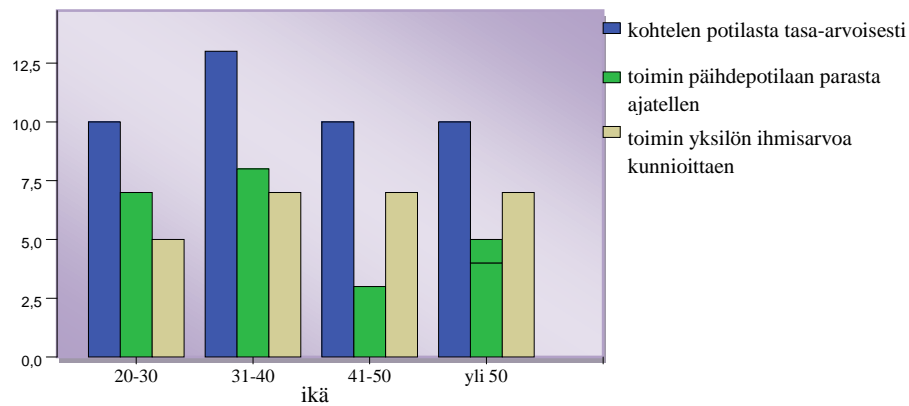
KUVIO 21. Hoitotyön eettinen periaate ammatti vuosien mukainen (n = 94)

Eettinen toiminta ilmenee vastaajista siten, että 46,7 % kohtelee potilasta tasa-arvoisesti. 28,3 % toimii yksilön ihmisarvoa kunnioittaen ja 25 % toimii potilaan parasta ajatellen. Vastaajista 6 jätti kysymykseen vastaamatta.



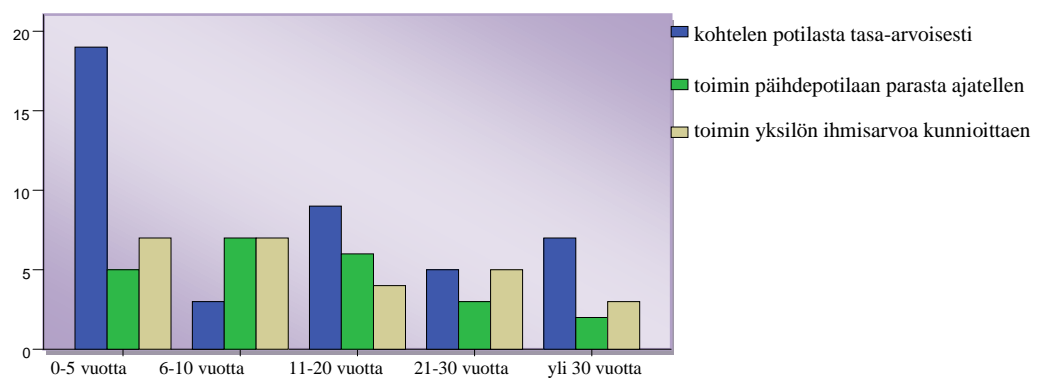
KUVIO 22. Eettisen toiminnan ilmeneminen päihdepotilaan kohtaamisissa (n = 92)

20-40 vuotiaista vastaajista suurin osa kohtelee potilasta tasa-arvoisesti sekä toimii päihdepotilaan parasta ajatellen. Yli 40- vuotiaista suurin osa kohtelee potilasta tasa-arvoisesti sekä toimii yksilön ihmisarvoa kunnioittaen.



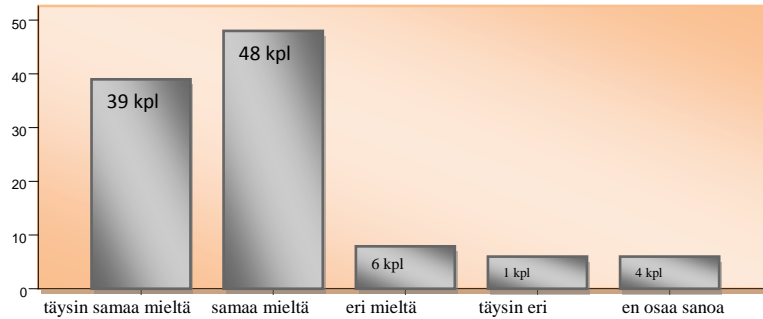
KUVIO 23. Eettisen toiminnan ilmeneminen ikäryhmittäin (n = 92)

Alle 6 vuotta ammatissa toimineiden eettinen toiminta ilmenee potilaan tasa- arvoisena kohteluna.



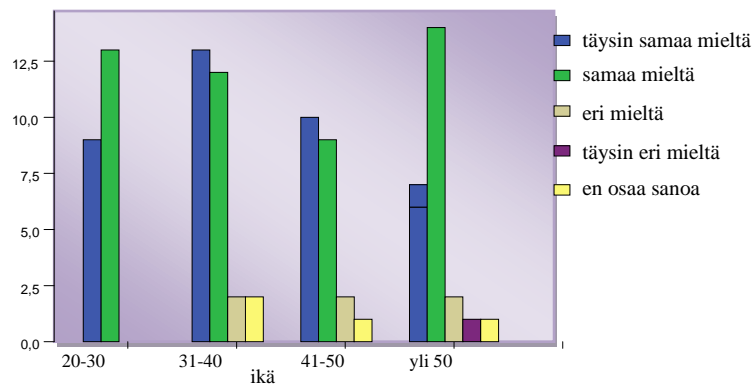
KUVIO 24. Eettisen toiminnan ilmeneminen ammatti vuosien mukaan (n = 92)

49 % oli samaa mieltä siitä, että päihdepotilaalla on tasavertainen oikeus hyvään hoitoon ja 39,8 % oli täysin samaa mieltä. 6,1 % oli eri mieltä ja 1 % täysin eri mieltä. 1 % ei osannut sanoa.



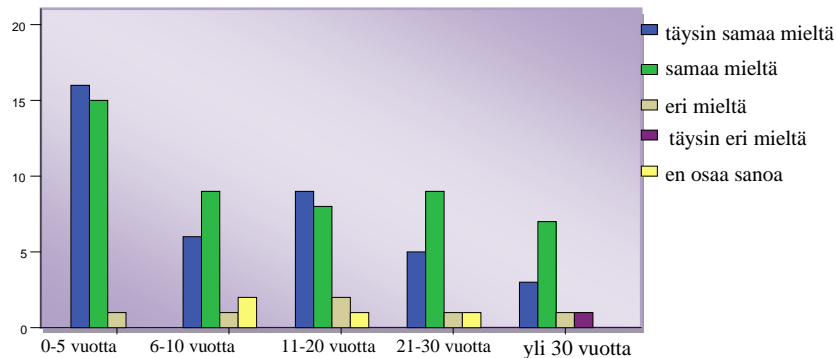
KUVIO 25. Päihdepotilaan tasavertainen oikeus hyvään hoitoon (n = 98)

Suurin osa vastaajista ikäryhmittäin oli samaa mieltä tai täysin samaa mieltä päihdepotilaan oikeudesta tasavertaiseen hyvään hoitoon. Ainoastaan yli 50-vuotiaiden vastaajien vastauksista tuli esille vaihtoehto täysin eri mieltä oikeudesta tasavertaiseen hoitoon.



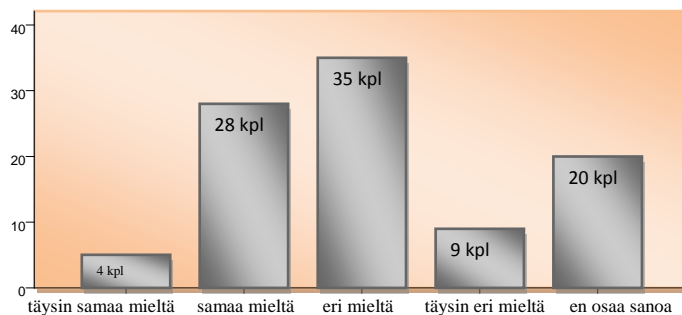
KUVIO 26. Päihdepotilaalla on tasavertainen oikeus hyvään hoitoon ikäryhmittäin (n = 98)

Suurin osa täysin samaa tai samaa mieltä siitä, että päihdepotilaalla on tasavertainen oikeus hyvään hoitoon ammatti vuosista riippumatta.



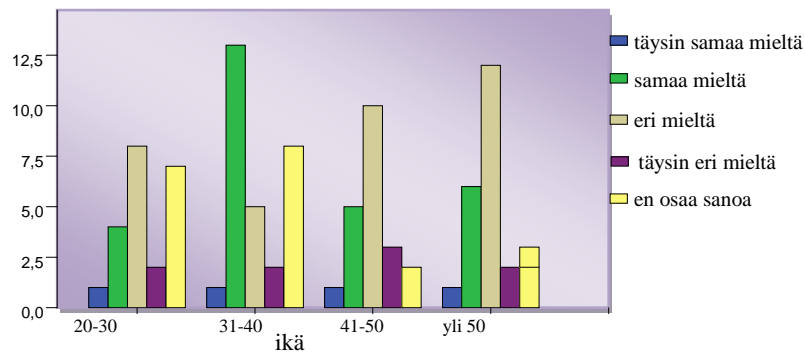
KUVIO 27. Päihdepotilaan tasavertainen oikeus hyvään hoitoon ammatti vuosien mukaan (n = 98)

36,5 % vastaajista on eri mieltä siitä, että päihdepotilaan itsemääräämisoikeutta tulisi rajoittaa. Samaa mieltä on 29,2 % ja täysin samaa mieltä on 4,2 % vastaajista. Täysin eri mieltä on 9,4 % vastaajista ja 20,8 % ei osannut sanoa tulisiko itsemääräämisoikeutta rajoittaa. Vastaajista 2 jätti kysymykseen vastaamatta.



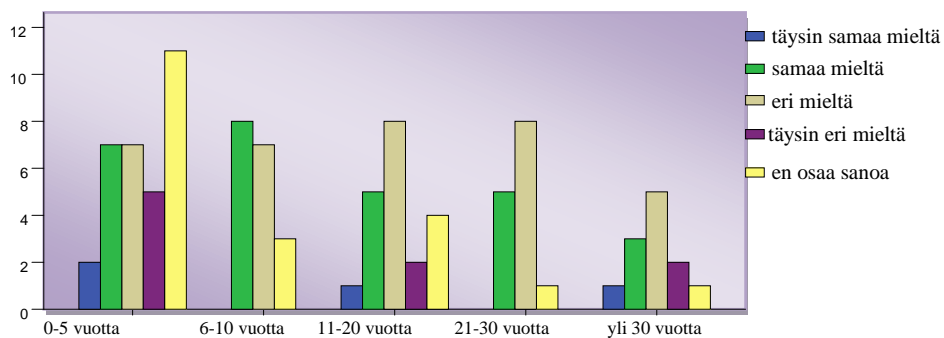
KUVIO 28. Päihdepotilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen (n = 96)

31–40-vuotiaista suurin osa oli samaa mieltä siitä, että päihdepotilaan itsemääräämisoikeutta tulisi rajoittaa. Muissa ikäryhmissä suurin osa oli eri mieltä itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta.



KUVIO 29. Päihdepotilaan itsemääräämisoikeutta tulisi rajoittaa ikäryhmittäin (n = 96)

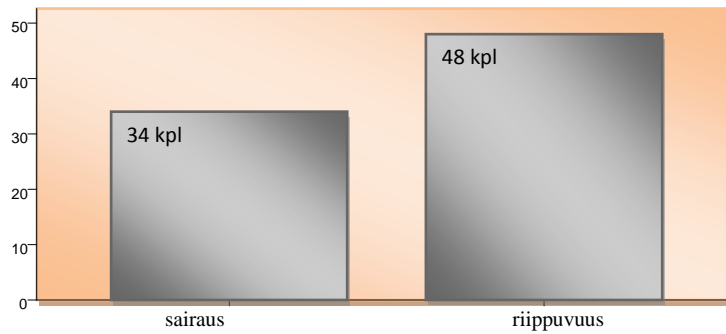
Suurin osa alle 6 vuotta ammatissaan toimineista ei osannut sanoa tulisiko päihdepotilaan itsemääräämisoikeutta rajoittaa. Suurin osa 6-10 vuotta ammatissaan toimineista oli samaa mieltä itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta.



KUVIO 30. Päihdepotilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen ammatti vuosien mukaan (n = 96)

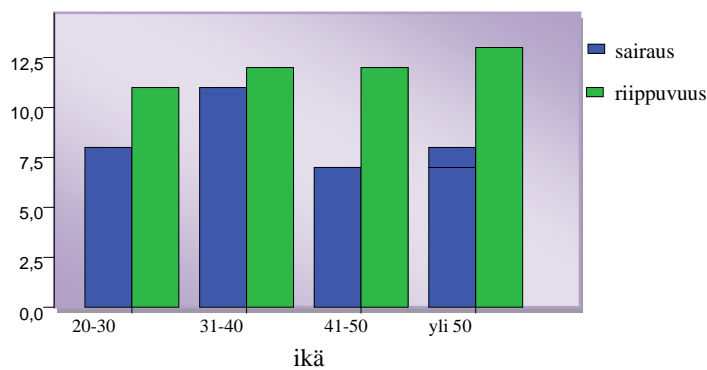
4.4 Päihdepotilas

Vastaajista 58,5 % on sitä mieltä, että pitkäaikainen päihteidenkäyttö on riippuvuus. 41,5 % pitää pitkäaikaista päihteidenkäyttöä sairautena. Vastaajista 16 jätti vastaamatta tai piti sitä sekä sairautena ja riippuvuutena.



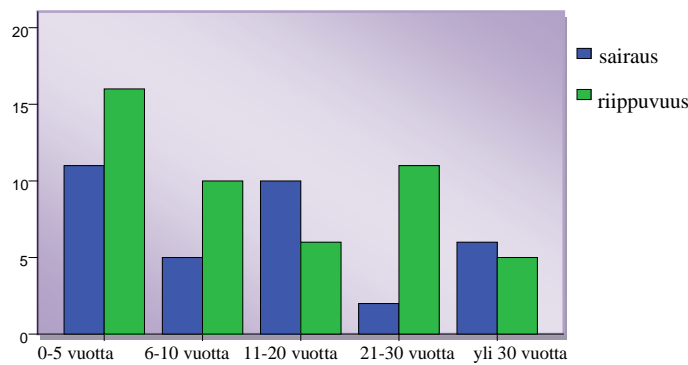
KUVIO 31. Pitkäaikainen päihteidenkäyttö (n = 82)

Suurin osa kaikista ikäryhmistä vastasi, että pitkäaikainen päihteidenkäyttö on riippuvuus. Eniten vastausvaihtoehtoja sairaus saatiin 31–40-vuotiailta sairaanhoitajilta.



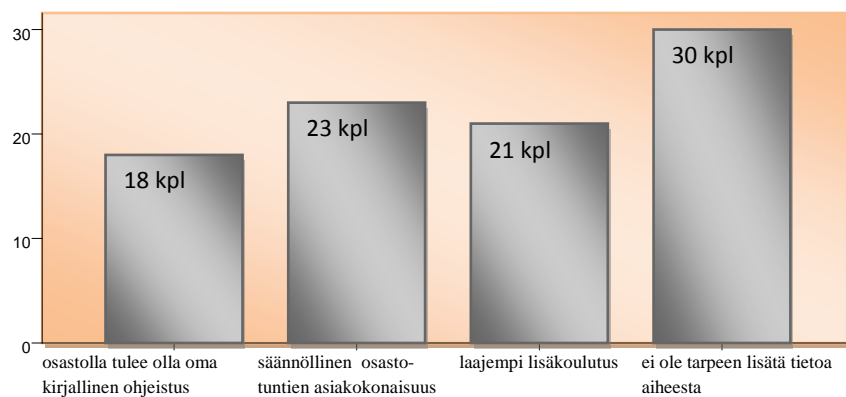
KUVIO 32. Ikäryhmittäin pitkäaikainen päihteidenkäyttö (n = 82)

Alle 11 vuotta sairaanhoitajan ammatissa toimineista suurin osa vastasi pitkäaikaisen päihteidenkäytön olevan riippuvuus. 11–20 ja yli 30 vuotta vastasivat pitkäaikaisen päihteidenkäytön olevan sairaus.



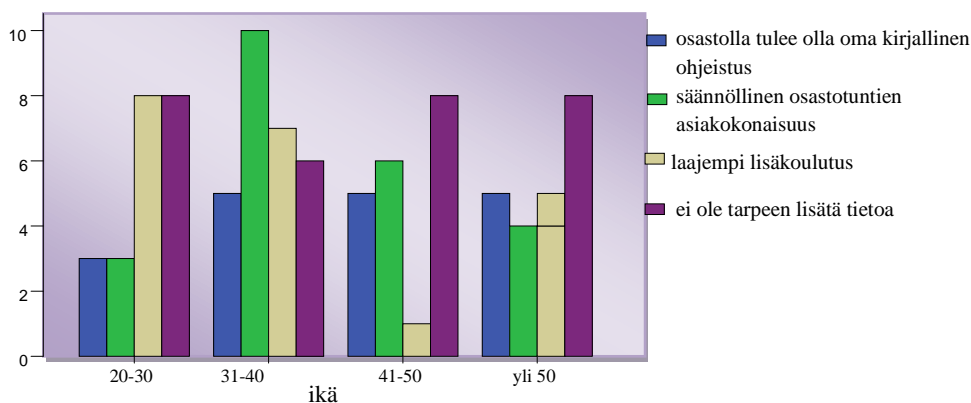
KUVIO 33. Pitkäaikainen päihteidenkäyttö ammatti vuosien mukaan (n = 82)

Vastaajista 32,6 % oli sitä mieltä että ei ole tarpeen lisätä tietoa päihteenkäyttäjän eettisestä kohtaamisesta. Neljäs osa (25 %) haluaisi, että tietoa lisätään säännöllisien osastotuntien asiakokonaisuuksilla. Reilu viides osa (22,8 %) lisäisi tietoa laajemmalla lisäkoulutuksella ja vastaajista 19,6 % mielestä osastolla tulee olla oma kirjallinen ohjeistus päihteenkäyttäjän eettisestä kohtaamisesta. Vastaajista 6 jätti vastaamatta kysymykseen.



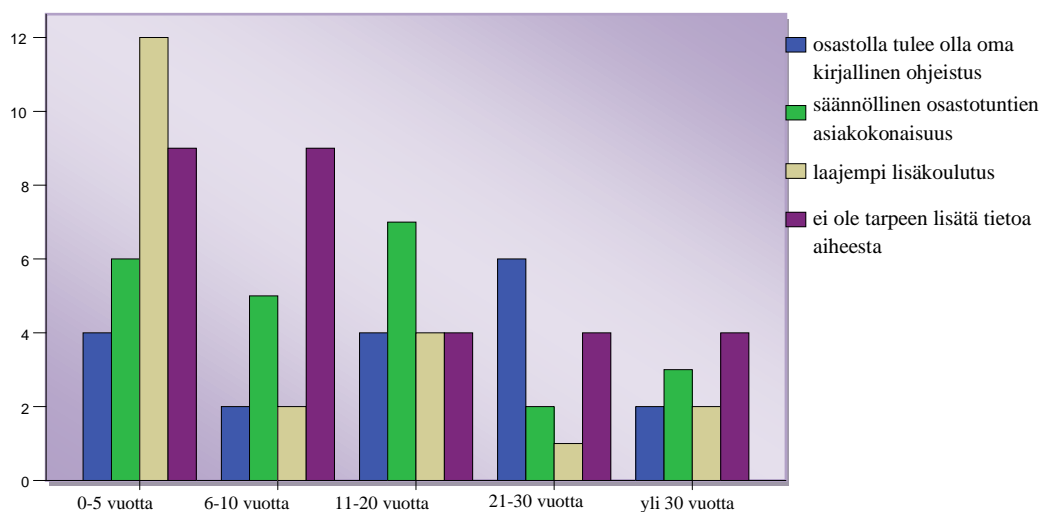
KUVIO 34. Tiedon lisääminen päihteenkäyttäjän eettisestä kohtaamisesta (n = 92)

31–40-vuotiaista vastaajista suurin osa lisäisi tietoa päihteenkäyttäjän eettisestä kohtaamisesta säännöllisten osastotuntien asiakokonaisuuksilla. Yli 40-vuotiaista vastaajista suurin osa oli sitä mieltä, että aiheesta ei ole tarpeen lisätä tietoa.



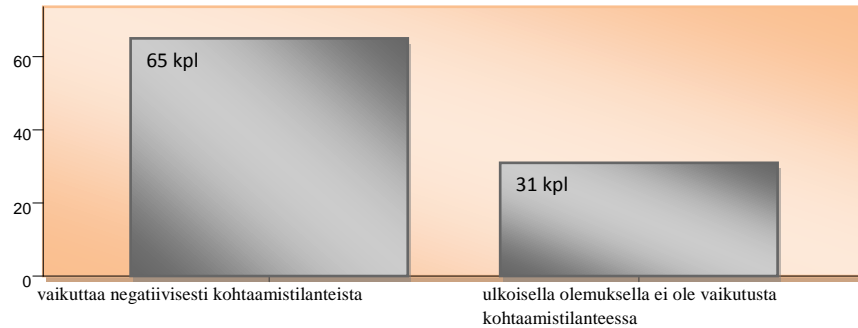
KUVIO 35. Tiedon lisääminen päihteenkäyttäjän eettisestä kohtaamisesta ikäryhmittäin (n = 92)

Alle 6 vuotta sairaanhoitajan ammatissa toimineista suurin osa lisäisivät tietoa päihdepotilaan eettisestä kohtaamisesta laajemmalla lisäkoulutuksella. Suurimman osan 6-10 vuotta ammatissa toimineiden mielestä ei ole tarpeen lisätä tietoa aiheesta.



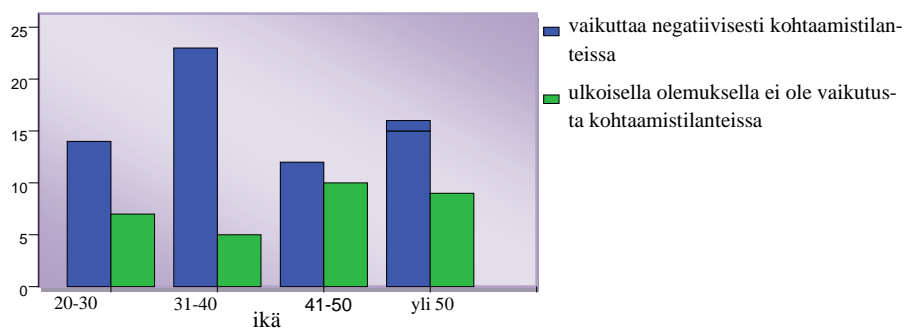
KUVIO 36. Tiedon lisääminen päihdepotilaan eettisestä kohtaamisesta ammatti vuosien mukaan (n = 92)

Vastaajista 67,7 % mielestä päihdepotilaan ulkoinen olemus vaikuttaa negatiivisesti kohtaamistilanteissa. Yli kolmas osa (32,3 %) on sitä mieltä, että ulkoisella olemuksella ei ole vaikutusta kohtaamistilanteessa. Vastaajista 2 jätti kysymykseen vastaamatta.



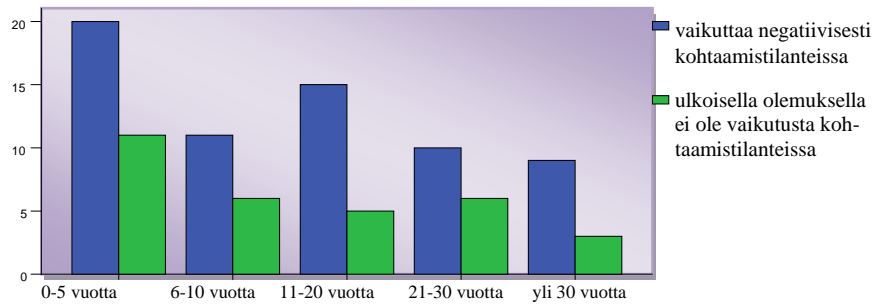
KUVIO 37. Päihdepotilaan ulkoisen olemuksen vaikutus kohtaamistilanteissa (n = 96)

Kaikissa ikäryhmissä suurin osa on sitä mieltä, että päihdepotilaan ulkoinen olemus vaikuttaa kohtaamistilanteissa negatiivisesti.



KUVIO 38. Ikäryhmittäin ulkoisen olemuksen vaikutus kohtaamistilanteissa (n = 96)

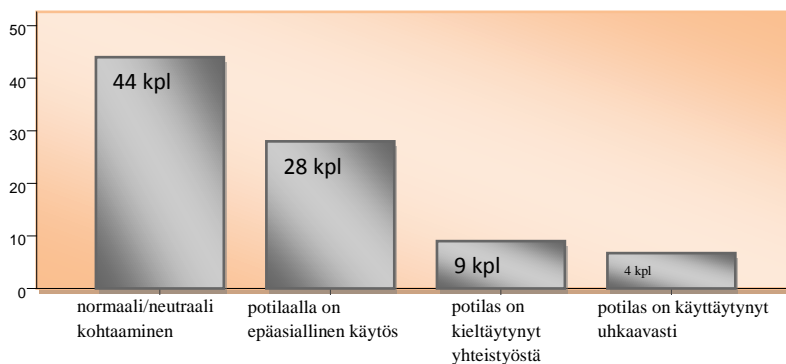
Ammatti vuosien mukaan sairaanhoitajan ammatissa toimineista suurin osa vastasi, että päihdepotilaan ulkoinen olemus vaikuttaa negatiivisesti kohtaamistilanteissa.



KUVIO 39. Ulkoisen olemuksen vaikutus kohtaamistilanteissa ammatti vuosien mukaan (n = 96)

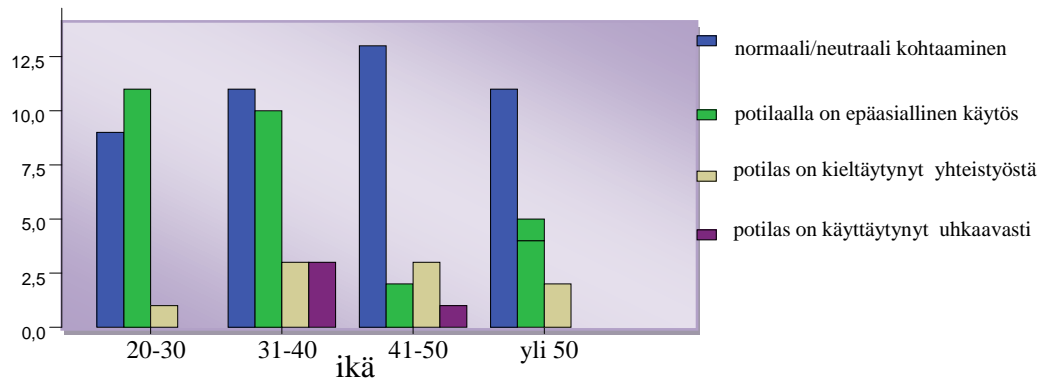
4.5 Päihdepotilaan kohtaaminen

Vastaajista 51,8 % kuvasi kokemuksiaan päihdepotilaan kohtaamisessa normaaliksi/neutraaliksi. Kolmas osa (32,9 %) kuvasi että potilaalla on ollut epäasiallinen käytös kohtaamisessa. 10,6 % kuvasi, että potilas on kieltäytynyt yhteistyöstä ja 4,7 % että potilas käyttäytynyt uhkaavasti. Vastaajista 13 jätti kysymykseen vastaamatta.



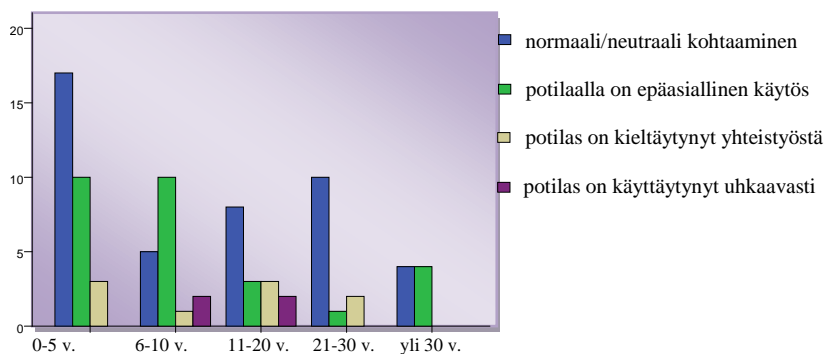
KUVIO 40. Kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisista (n = 85)

Suurin osa 20- 30 vuotiaista sairaanhoitajista kuvaa kokemuksiaan siten, että potilaalla on ollut epäasiallinen käytös kohtaamisissa. Suurin osa 31-60 vuotiaista on pitänyt kohtaamisia normaaleina/neutraaleina tilanteina. 31-50 vuotiaista osa on joutunut kokemaan potilaan käytöksen uhkaavana.



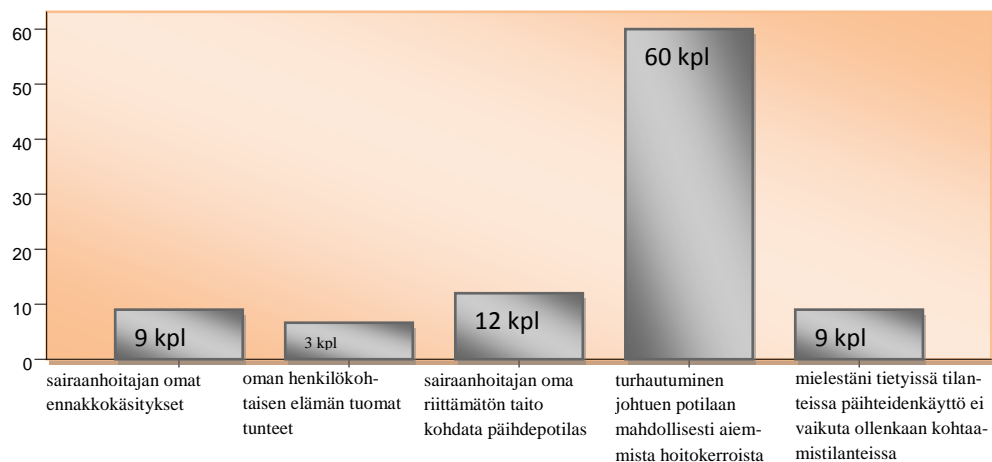
KUVIO 41. Kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisista ikäryhmittäin (n = 85)

Alle 6 vuotta ammatissa toimineista suurin osa koki päihdepotilaan kohtaamisen normaalina/neutraalina kohtaamisena. 6-10 vuotta ammatissa toimineilla korostui kokemus siitä, että potilaalla on ollut epäasiallinen käytös. Lisäksi 6-20 vuotta ammatissa toimineilla esiin tuli kokemus potilaan uhkaavasta käyttäytymisestä.



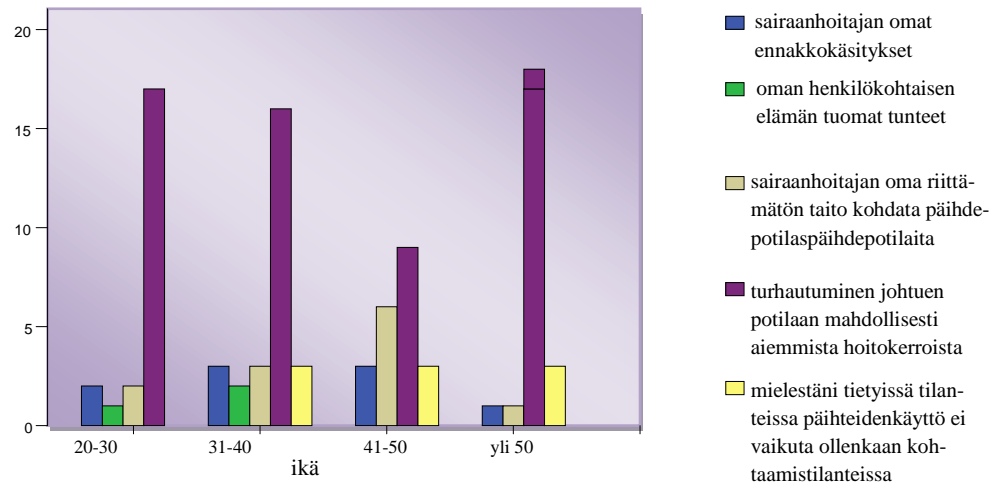
KUVIO 42. Kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisista ammatti vuosittain (n = 85)

Vastaajista 64,5 % oli sitä mieltä, että kohtaamisen onnistumisen estää turhautuminen johtuen potilaan aiemmista hoitokerroista. Sairaanhoitajan oma riittämätön taito kohdata päihdepotilaita estää kohtaamisen onnistumisen 12,9 % mielestä. Sairaanhoitajan omat ennakkokäsitykset tai vaihtoehto mielestäni tietyissä tilanteissa päihteidenkäyttö ei vaikuta ollenkaan kohtaamistilanteeseen saivat molemmat 9,7 % ja 3,2 % mielestä oman henkilökohtaisen elämän tuomat tunteet voivat estää kohtaamisen onnistumisen. Vastaajista 5 jätti kysymykseen vastaamatta.



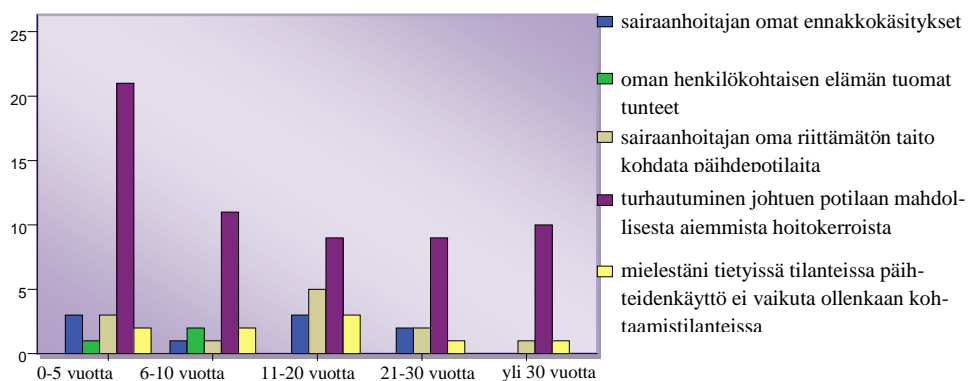
KUVIO 43. Vaihtoehto, mikä voi estää kohtaamisen onnistumisen (n = 93)

Kaikissa ikäryhmissä korostui vastausvaihtoehto turhautuminen johtuen potilaan mahdollisesta aiemmista hoitokerroista, kun kysyttiin mikä voi estää kohtaamisen onnistumisen.



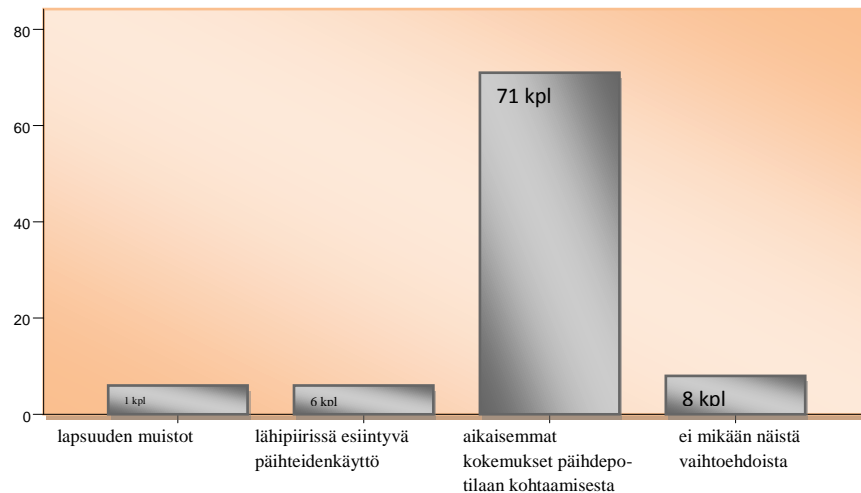
KUVIO 44. Vaihtoehto mikä voi estää kohtaamisen onnistumisen ikäryhmittäin (n = 93)

Ammatti vuosien mukaan päihdepotilaan kohtaamisen voi estää enemmistön mielestä turhautuminen johtuen potilaan mahdollisesta aiemmista hoitokerroista.



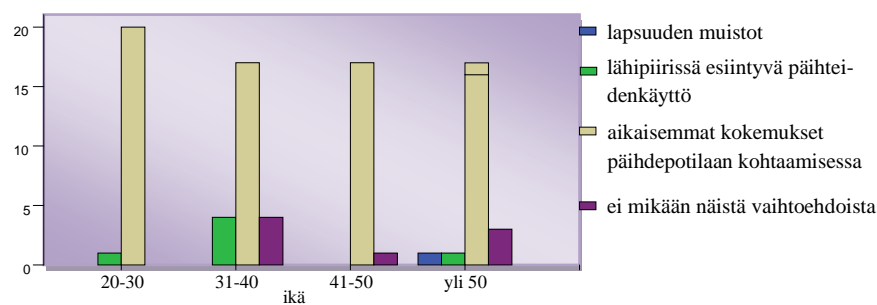
KUVIO 45. Estää kohtaamisen onnistumisen ammatti vuosien mukaan (n = 93)

Suuren osan (82,6 %) mielestä aikaisemmat kokemukset päihdepotilaan kohtaamisesta vaikuttavat kohtaamiseen. 9,3 % mielestä ei mikään annetuista vaihtoehdoista vaikuta kohtaamiseen. 7 % mielestä lähipiirissä esiintyvä päihteidenkäyttö ja 1,2 % mielestä omat lapsuuden muistot vaikuttavat päihdepotilaan kohtaamiseen. Vastaajista 12 jätti vastaamatta kysymykseen.



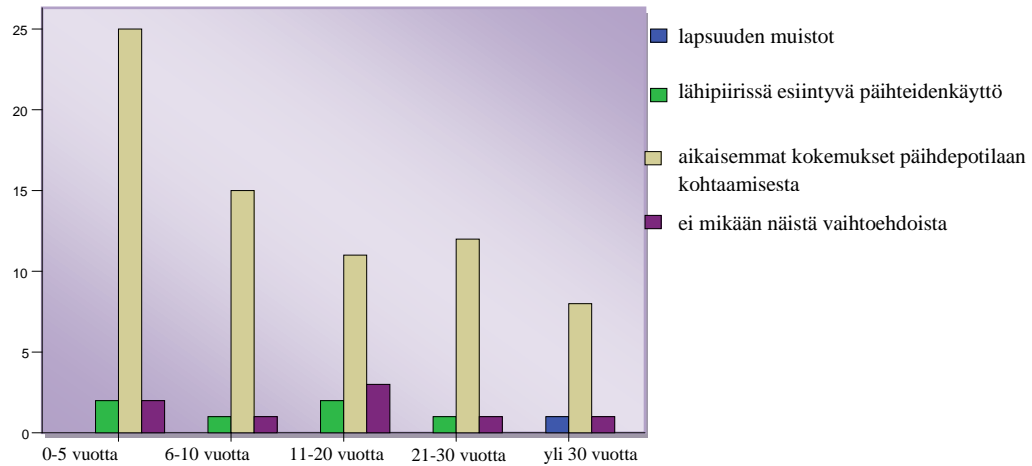
KUVIO 46. Päihdepotilaan kohtaamiseen vaikuttavat asiat (n = 86)

Päihdepotilaan kohtaamiseen kaikissa ikäryhmissä vaikutti eniten aikaisemmat kokemukset päihdepotilaan kohtaamisessa.



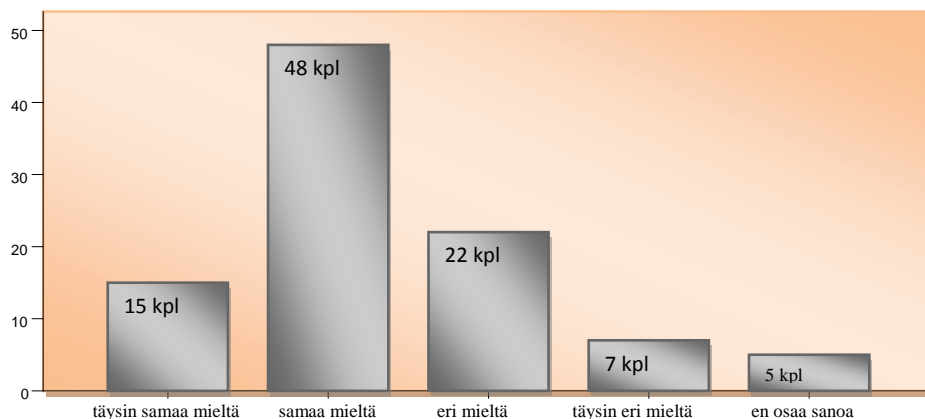
KUVIO 47. Ikäryhmittäin mahdolliset asiat jotka vaikuttavat päihdepotilaan kohtaamiseen (n = 86)

Ammatti vuosien mukaan kaikilla vastaajilla aikaisemmat kokemukset päihdepotilaan kohtaamisesta vaikuttivat kohtaamisessa.



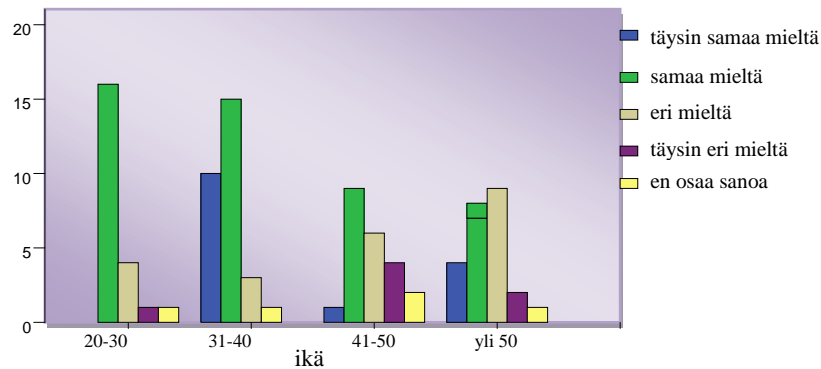
KUVIO 48. Päihdepotilaan kohtaamiseen vaikuttavat asiat ammatti vuosien mukaan (n = 86)

Lähes puolet (49 %) vastaajista on samaa mieltä siitä, että päihdepotilaan kohtaaminen on erilaista verrattuna muihin potilaisiin ja 15,5 % täysin samaa mieltä. 22,7 % oli eri mieltä, 7,2 % täysin eri mieltä ja 5,2 % ei osannut sanoa. Vastaajista 1 jätti vastaamatta kysymykseen.



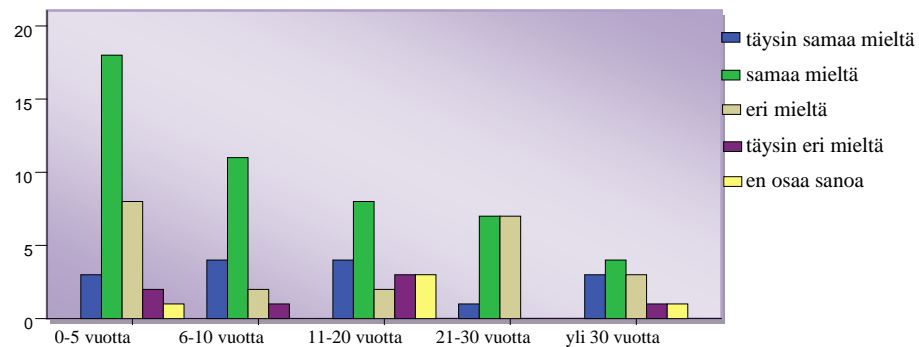
KUVIO 49. Päihdepotilaan kohtaamisen erilaisuus verrattuna muihin potilaisiin (n = 97)

20–40 vuotiaista vastaajista suurin osa oli sitä mieltä että päihdepotilaan kohtaaminen on erilaista verrattuna muihin potilaisiin. Yli 50 vuotiaista suurin osa oli eri mieltä.



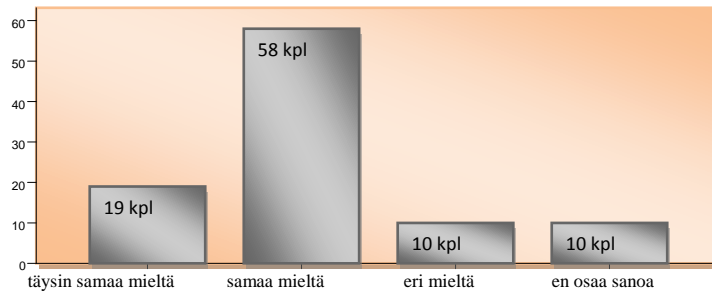
KUVIO 50. Päihdepotilaan kohtaaminen on erilaista verrattuna muihin potilaisiin ikäryhmittäin (n = 97)

Ammatti vuosien mukaan lähes kaikissa ryhmissä suurin osa vastaajista oli samaa mieltä, että päihdepotilaan kohtaaminen on erilaista verrattuna muihin potilaisiin



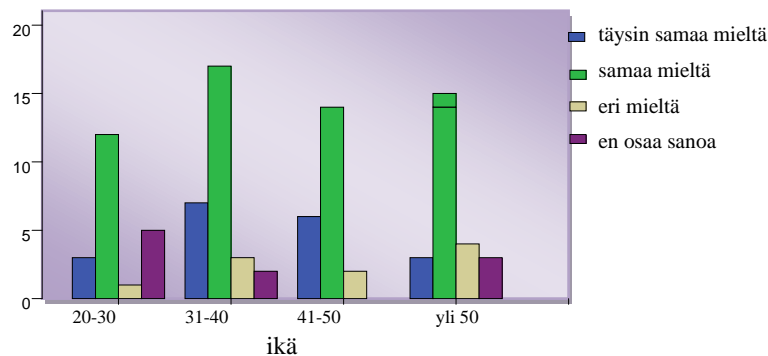
KUVIO 51. Päihdepotilaan kohtaaminen on erilaista verrattuna muihin potilaisiin ammatti vuosien mukaan (n = 97)

Vastaajista 59,8 % oli samaa mieltä siitä, että huomioi päihdepotilaan kohtaamistilanteessa psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena ja 19,6 % täysin samaa mieltä. 10,3 % oli eri mieltä ja 10,3 % ei osannut sanoa. Vastaajista 1 jätti kysymykseen vastaamatta.



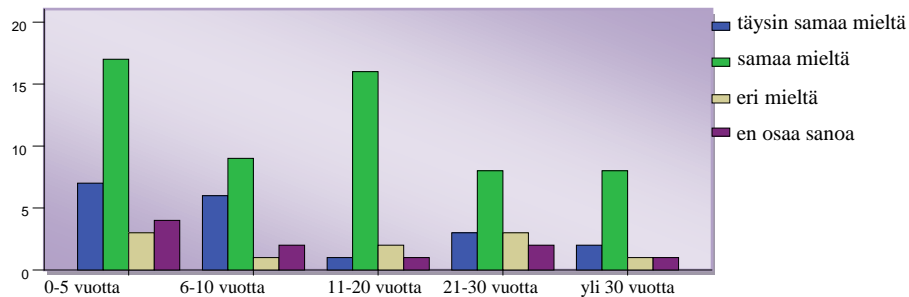
KUVIO 52. Päihdepotilaan huomioiminen kohtaamistilanteessa psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena (n = 97)

Kaikissa ikäryhmissä suurin osa vastasi, että on samaa mieltä päihdepotilaan huomioimisesta kohtaamistilanteessa psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena.



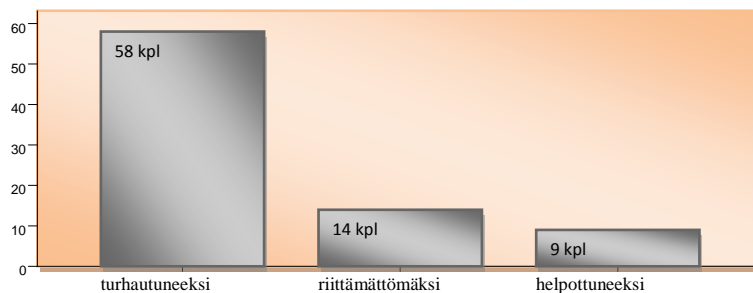
KUVIO 53. Päihdepotilaan huomioiminen ikäryhmittäin kohtaamistilanteessa psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena (n = 97)

Ammatti vuosien mukaan suurin osa vastaajista oli samaa mieltä siitä, että huomioi päihdepotilaan kohtaamistilanteessa psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena.



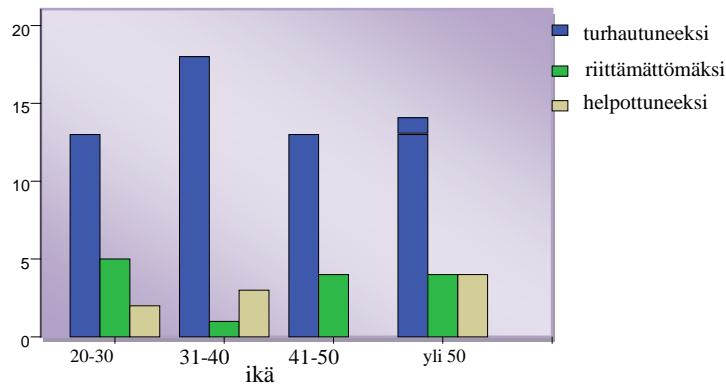
KUVIO 54. Päihdepotilaan huomioiminen kokonaisuutena ammatti vuosien mukaan (n = 97)

Vastaajista 71,6 % kokee itsensä päihdepotilaan kohtaamisen jälkeen turhautuneeksi. Itsensä riittämättömäksi kokee 17,3 % ja helpottuneeksi 11,1 %. Vastaajista 17 jätti vastaamatta kysymyksen.



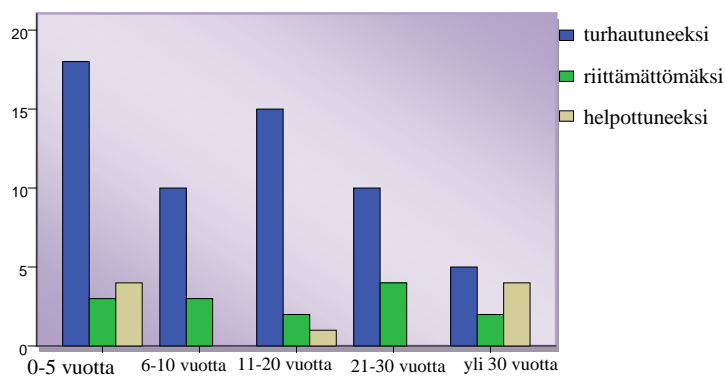
KUVIO 55. Millaiseksi vastaaja tuntee itsensä päihdepotilaan kohtaamisen jälkeen (n = 91)

Kaikissa ikäryhmissä suurin osa vastaajista tunsu itsensä turhautuneeksi päihdepotilaan kohtaamisen jälkeen.



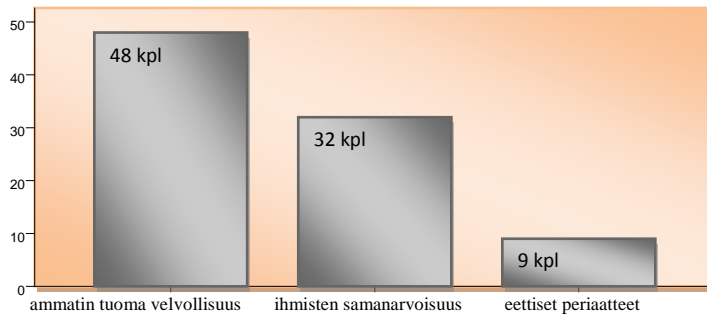
KUVIO 56. Ikäryhmittäin millaiseksi vastaaja kokee itsensä päihdepotilaan kohtaamisen jälkeen (n = 91)

Ammatti vuosien mukaan suurin osa vastaajista tunsu itsensä turhautuneeksi päihdepotilaan kohtaamisen jälkeen.



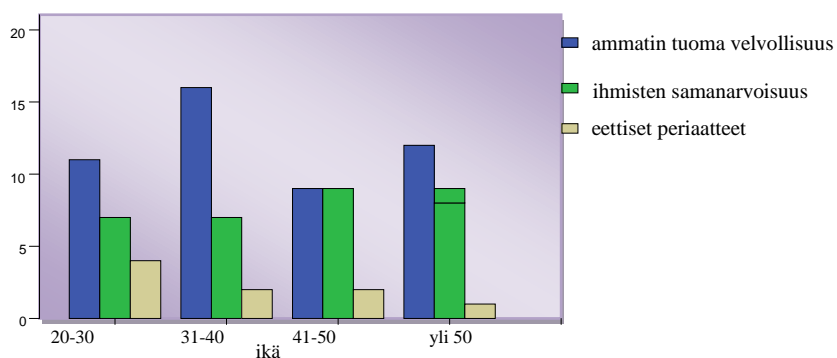
KUVIO 57. Ammatti vuosien mukaan millaiseksi vastaaja kokee itsensä päihdepotilaan kohtaamisen jälkeen (n = 91)

Vastaajista 53,9 % on sitä mieltä, että päihdepotilaan kohtaamisessa toimintaa ohjaa ammatin tuoma velvollisuus. 36 % ohjaa ihmisten samanarvoisuus ja 10,1 % eettiset periaatteet ohjaavat kohtaamisen toimintaa. Vastaajista 9 jätti kysymykseen vastaamatta.



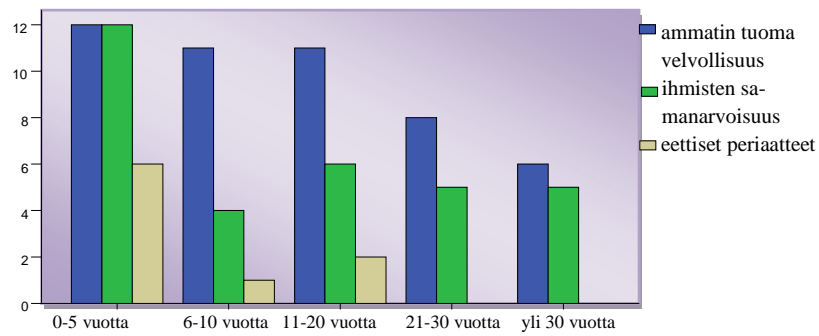
KUVIO 58. Päihdepotilaan kohtaamisessa toimintaa ohjaa (n = 89)

20-40 vuotiaista ja yli 50-vuotiaista vastaajista suurin osa vastasi, että päihdepotilaan kohtaamisessa toimintaa ohjaa ammatin tuoma velvollisuus. 41-50 vuotiaista vastaajista enemmistö vastasi, että ihmisten samanarvoisuus ja ammatin tuoma velvollisuus ohjaavat kohtaamisessa toimintaa.



KUVIO 59. Päihdepotilaan kohtaamisessa toimintaani ohjaa ikäryhmittäin (n = 89)

Alle 6 vuotta ammatissaan toimineista suurin osa vastasi, että ammatin tuoma velvollisuus ja ihmisten samanarvoisuus ohjaa toimintaa päihdepotilaan kohtaamisessa. Yli 6 vuotta työskennellyistä enemmistö vastasi ammatin tuoman velvollisuuden ohjaavan kohtaamisissa toimintaa.



KUVIO 60. Päihdepotilaan kohtaamisessa toimintaani ohjaa ammatti vuosien mukaan (n = 89)

5 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Lähtökohtana tässä tutkimuksessa on ihmisarvon kunnioittaminen. Jokaisella sairaanhoitajalla on oikeus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Luotettavuutta tutkimuksessa lisää kaksi opinnäytetyön tekijää. Tutkimuksen luotettavuutta lisäävät valideetti ja reliabiliteetti.

Validiteetti osoittaa sen onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Käytännössä tämä viittaa siihen, onko teoreettiset käsitteet pystytty luotettavasti muuttamaan konkreettisiksi määritelmiksi. Tutkimuksen ulkoinen valideetti tarkoittaa sitä, kuinka hyvin ulkopuoliseen perusjoukkoon voidaan saadut tulokset yleistää. Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen. Mittaria voidaan pitää reliabelina, jos samansuuntaisia tuloksia saadaan mittaamalla tutkimusilmiötä samalla mittarilla eri aineistoissa. Mittarin sisältövalideetti on tutkimuksen luotettavuuden perusta. Sisältövalideettia arvioitaessa tarkastellaan, että mittaako mittari ilmiötä, jota sen oli tarkoitus mitata. Onko tutkimuksessa käsitteet operationalisoitu luotettavasti, onko mittari oikea ja millainen on mittarin teoreettinen rakenne. Mittarin reliabiliteettia voi arvioida mittarin sisäisen pysyvyyden, johdonmukaisuuden ja vastaavuuden näkökulmista. Mittarin pysyvyys tarkoittaa sen kykyä tuottaa sama tulos eri mittauserroilla ja mittarin vastaavuus kahden eri mittajan saamaa yhteneväistä mittaustulosta (Kankkunen ym. 2009, 152–154, 157.) Tämän tutkimuksen sisältövalideetti toteutuu, sillä mittarina oleva kyselylomake mittaa juuri sitä ilmiötä, jota on tarkoituskin mitata. Tässä tutkimuksessa myös käsitteet on operationalisoitu luotettavasti käyttäen useita luotettavia lähteitä, joten mittari on rakennettu laajan ja luotettavan teorian pohjalta.

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan tutkimuksen valintaan, toteuttamiseen, tutkimustulosten julkaisemiseen ja tiedon soveltamiseen liittyvien ulkopuolisille henkilöille ja yhteiskunnalle koituvien hyötyjen ja haittojen huomioimista ja arviointia siten, että mahdollisia haittoja pyritään vähentämään ja hyötyä lisäämään. Tutkimuseettisiä ongelma-alueita ovat tutkimuskohteen valinta, aineiston kerääminen, tutkimusväittämien oikeellisuus, tutkimustulosten julkaiseminen ja tutkimustulosten soveltaminen. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 75–76.) Eettisyys tutkimuksessa on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimuksen eettisyys on sitouduttu Suomessa turvaamaan Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti ja se on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus. Kansallinen lainsäädäntö ja erilaiset ohjeet ohjaavat myös hoitotieteellistä tutkimusta. Korkeakoulu-

jen käyttämät tieteellisen käytännön menettelyohjeet on hyväksynyt tutkimuseettinen neuvottelukunta. (Kankkunen ym. 2009, 172–176.) Tämän tutkimuksen luotettavuuteen liittyy se, että vastaajista vain yksi oli 61–70-vuotias, joten luotettavuuden saavuttamiseksi ja vastaajan henkilöllisyyden intimitetin turvaamiseksi muotoilimme tuloksiin 51–60-vuotiaat ja 61–70-vuotiaat yhdeksi ikäryhmäksi, yli 50-vuotiaat.

Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavat erilaiset ohjeet ja lainsäädännöt. Keskeisimpiä ohjeita ja lainsäädäntöjä ovat laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999), asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta (986/1999), henkilötietolaki (523/1999), laki (556/1989) ja asetus (774/1989) terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä, laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), potilasvahinkolaki (585/1992), asetus valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta (494/1998), asetus valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta annetun asetuksen muuttamisesta (309/2000) ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). (Kankkunen ym. 2009, 175.)

Tutkimusetiikka voidaan jakaa tieteen ulkoiseen ja sisäpuoliseen. Ulkopuolinen tutkimusetiikka käsittelee sitä, miten asiaa tutkitaan ja miten alan ulkopuoliset seikat vaikuttavat aiheen valintaan. Tieteen sisäisellä etiikalla viitataan kyseessä olevan tieteenalan totuudellisuuteen ja luotettavuuteen. Tutkimusetiikka luokitellaan usein normatiiviseksi etiikaksi, joka pyrkii vastaamaan kysymykseen oikeista säännöistä, joita tulee tutkimuksessa noudattaa. (Kankkunen ym. 2009, 172.) Normatiivinen etiikka voidaan jakaa deontologisiin, teleologisiin ja konsekventialistisiin teorioihin. Immanuel Kant on deontologien eli velvollisuusetiikan tunnetuin edustaja. Hänen mukaansa moraali velvoittaa ihmistä, mutta ihmisen tulee noudattaa moraalialia omasta vapaasta tahdostaan. Velvollisuusetiikan normeja tutkimuksessa ovat esimerkiksi vapaaehtoinen osallistuminen ja keskeyttämisen oikeus. (Kuula 2006, 22–23.) Velvollisuus etiikka painottaa, että moraalial edellyttää velvollisuuksien noudattamista ja suorittamista. Velvollisuus etiikassa arvioidaan konkreettisen teon ja toiminnan moraalisuutta suhteessa siihen, onko teko luonteeltaan kaikkial velvoittava. (Enwald ym. 2007, 82.)

Teologisessa etiikassa keskeistä on pyrkimys kohti objektiivisesti määriteltävissä olevaa ihmisen päämäärää. Sitä on nimitetty myös aristoteliseksi tai hyve-etiikaksi, vaikka hyve-etiikasta ei yleensä puhuta tutkimuksen yhteydessä. (Kuula 2006, 22.) Hyveillä tarkoitetaan sosiaalisesti ja moraalisesti suotavia käyttäytymisen ja tuntemisen tapoja sekä luonteenpiirteitä. Aristoteleen esittämiä hyveitä ovat ystävällisyys, anteliaisuus, oikeudenmukaisuus, kohtuullisuus ja totuudellisuus. (Enwald ym. 2007, 75–76.) Konsekven-

tialistisessa eli seurausetiikassa korotetaan tekojen seurauksien arviointi moraalin perustana, siinä eettinen egoismi painottaa yksilölle itselleen koituvia teon suotuisia seurauksia (Kuula 2006, 23). Seurausetiikan klassinen muoto on utilitarismi, jonka mukaan hyvää on se, mikä tuottaa onnellisuutta eniten. Se korostaa moraalin päämääränä kaikkien ihmisten hyvinvoinnin ja onnellisuuden lisäämistä. (Enwald ym. 2007, 85–86.) Tutkimusetiikka voidaan määritellä tutkijoiden ammattietiikaksi, johon kuuluvat eettiset periaatteet, arvot, normit ja hyveet. Käsitteenä se voidaan rajata koskemaan vain tieteen sisäisiä asioita. Ammattietiikan näkökulmasta tutkimusetiikan normeja ovat tiedon luotettavuutta ja totuuden etsimistä ilmentävät normit, tutkijoiden keskinäisiä suhteita ilmentävät normit ja tutkittavien ihmisarvoa ilmentävät normit (Kuula 2006, 22–24).

Tutkijoiden tulee tutkimusta toteuttaessaan noudattaa tutkijan ammattietiikkaa. Tutkijan ammattietiikka määrittää tutkimustyötä koskevat säännöt suhteessa tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksiantajiin, kollegoihin ja suureen yleisöön. Siihen kuuluvat eettiset periaatteet, kuten arvot, hyveet ja normit. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkimuksen kysymyksenasettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät loukkaa tutkimuksen tiedeyhteisöä, kohderyhmää, eikä hyvää tieteellistä tapaa (Vilka 2007, 89–90). Tutkimuksen eettisyydessä huomioidaan sairaalan ja vastaajien anonyymiyden paljastamatta keskussairaalan sijaintia. Tutkimuksen kysymysten asettelu on pyritty esittämään siten, etteivät ne loukkaasi vastaajia. Tutkimusaineistoa säilytetään turvallisessa ympäristössä ja kysymyslomakkeet tuhoetaan heti aineiston analysoinnin ja johtopäätösten jälkeen. Tällä tavoin tutkimuksessa toteutuu tutkijan ammattietiikka, sillä näillä toimilla ei loukata tutkimuksen kohderyhmää eikä tieteellistä tapaa toimia.

American Nurses Association (ANA) julkaisi vuonna 1995 hoitotieteellisen tutkimukset eettiset ohjeet. Näissä eettisissä ohjeissa kuvataan tutkijan yhdeksää eettistä periaatetta. Tutkija kunnioittaa autonomisten tutkittavien tietoiseen suostumukseen perustuvaa osallistumista ja määrittelee negatiiviset seuraamukset tutkimukseen osallistumisesta. Tutkija minimoi tai estää mahdolliset haitat ja edistää tutkittavien hyvää. Tutkija ymmärtää tutkittavien persoonallisia eroja sekä arvostaa heidän erilaisuuttaan. Tutkija varmistaa, että tutkittavat ovat samanarvoisia ja suojelee heidän yksityisyyttään. Tutkija varmistaa tarkistuksin tutkimuksen eettisyyden kaikissa sen vaiheissa. Tutkija raportoi mahdolliset, havaitut ja oletetut tieteelliset virheet asianmukaiselle valvojalle. Tutkija säilyttää kompetenssinsa suhteessa tutkimusaiheeseen ja -metodologiaan, yhteisöllisiin seikkoihin ja muihin ammattilaisiin, jotka vaikuttavat tutkimukseen ja yleiseen hyvään.

(Kankkunen ym. 2009, 176.) Itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan sillä, että henkilölle annetaan mahdollisuus päättää, haluaako hän osallistua tutkimukseen. Tutkittavan tulee tietää perustiedot tutkimuksesta ja sen toteuttajista sekä kerättävän tiedon käyttötarkoituksesta. Vahingon välttämisen normi on mukana kaikissa ihmistieteiden eettisissä ohjeissa. Vahinkoja voidaan välttää huolehtimalla asianmukaisesti luottamuksellisten tietojen tietosuojasta, huomioimalla vuorovaikutukseen vaikuttavat seikat sekä tutkittavan tunnistettavuus. (Kuula 2006,61–64.) Tässä tutkimuksessa tutkittavat tietävät perustiedot tutkimuksesta sekä tutkimuksen toteuttajista ja sekä sen, että mihin kerättävää tutkimusaineistoa käytetään. Tutkijat kertovat suullisesti tutkimuksen ja sen toteuttajien tiedot viedessään kyselylomakkeet osastoille, kirjallinen ohjeistus saatekirjeen muodossa sisältyy myös jokaiseen kyselylomakkeeseen, joten näin jokainen tutkittava saa kaiken tiedon tutkimuksesta.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Sairaanhoitaja kohtaa työssään paljon erilaisia ihmisiä. Sairaanhoitaja opiskelijoina olemme myös itse kohdanneet ja hoitaneet päihdepotilaita. Sairaanhoitajan työtä ohjaavat ammattitaito, ammattietiikka ja lait. Hoitavassa kohtaamisessa tunnusmerkkinä on, että sairaanhoitaja suhtautuu potilaaseen myönteisesti, kunnioittavasti, myönteisesti ja hyväksyvästi. Teoreettisessa viitekehyksessä on määritelty tarkasti mitä päihteenkäyttäjällä tässä tutkimuksessa tarkoitamme. Saatekirjeessä tämä määrittely on avattu selkeästi myös vastaajille.

Tutkimuksen taustatietoja määriteltäessä selkeästi esiin nousee vastaajien sukupuoli. Tutkimuksen vastaajista suurin osa oli naisia (95 kpl). Mies vastaajien vähäisyys selittyy yleisesti naisvaltaisella alalla. Vastaajien ikä jakautui tasaisesti 20–60 vuotiaisiin. Eniten vastaajia oli ikäryhmässä 31–40-vuotiaat (29,6 %). Yli 50-vuotiaita vastaajia oli 25,5 % ja 20–30-vuotiaita sekä 41–50-vuotiaita oli molempia 22,4 %. Vain yksi vastaa ja oli 61–70-vuotias, jonka vuoksi liitimme 51–60-vuotiaat ja 61–70-vuotiaat yhteen ryhmään, yli 50-vuotiaisiin. Vastaajista 32,7 % oli toiminut sairaanhoitajan ammatissa 0-5 vuotta, 20,4 % 11–20 vuotta, 18,4 % 6-10 vuotta, 16,3 % 21–30 vuotta ja 12,2 % oli toiminut yli 30 vuotta sairaanhoitajan ammatissa. Päihdepotilaiden kohtaaminen sairaanhoitajan työssä on yleistynyt 2000-luvulla. Suuri osa (77,1 %) vastaajista kohtaa päihdepotilaan työssään päivittäin tai viikoittain. Vastaajista 55,2 % kohtasi viikoittain työssään päihdepotilaita ja 21,9 % päivittäin, 18,8 % kuukausittain ja 4,2 % vuosittain.

Päihdepotilaan kohtaaminen voi herättää sairaanhoitajassa monia tunteita. Osa tunteista voi olla ristiriitaisia sekä vaikuttaa ajatteluun, asennoitumiseen ja toimintaan. Kukaan ei voi määritellä mitä pitäisi tuntea päihdepotilaan kohdatessa tai mitkä tunteet ovat sallittuja. Tunteet heräävät oikeutetusti ja ne kertovat tuntijasta ja hänen kosketuspinnastaan elämään. Suurin osa vastaajista (44,8 %) ei kokenut lainkaan sääliä kohdatessaan päihdepotilaan, heistä enemmistö oli 31–40-vuotiaita vastaajia. Kuitenkin yli puolet vastaajista koki säälin tunnetta päihdepotilaan kohdatessa jonkin verran, voimakkaasti tai erittäin voimakkaasti. Pieni osa 20–40-vuotiaista oli tuntenut sääliä erittäin voimakkaasti päihdepotilaan kohtaamisissa, muissa ikäryhmissä erittäin voimakasta säälin tunnetta ei tullut esille. Alle 6 vuotta ammatissa toimineista suurin osa ei ollut tuntenut sääliä lainkaan päihdepotilaan kohtaamisissa, kun taas yli 30 vuotta ammatissa toimineista suurin osa oli kokenut sääliä jonkin verran kohtaamisissa. Päivittäin, viikoittain ja kuukausit-

tain päihdepotilaita kohtaavista suurin osa ei tuntenut lainkaan sääliä päihdepotilaan kohdatessaan (Liite 5. KUVIO 63).

Suurin osa vastaajista (46,4 %) ei kokenut vihaa kohdatessaan päihdepotilaan. Kuitenkin yli puolet vastaajista koki vihaa jonkin verran, voimakkaasti tai erittäin voimakkaasti. Tutkimuksessa esille tuli, että suurin osa 31–40-vuotiaista koki jonkin verran vihaa päihdepotilaan kohtaamisissa. Ainoana ikäryhmänä erittäin voimakkaita vihan tunteita olivat kokeneet 41–50-vuotiaat vastaajat. Ammatissaan 6–10 vuotta toimineilla korostui voimakas vihan tunne päihdepotilaan kohtaamisissa. Viikoittain ja kuukausittain päihdepotilaan kohtaavista vastaajista suurin osa ei tuntenut lainkaan vihaa kohdatessaan päihdepotilaan. Päivittäin työssään päihdepotilaan kohtaavien vastaajien vastaukset jakautuivat tasaisesti siten, että osa ei tuntenut lainkaan tai tunsu jonkin verran tai voimakkaasti vihaa kohdatessaan päihdepotilaan. Pieni osa päivittäin kohtaavista koki erittäin voimakasta vihaa kohdatessaan päihdepotilaan. (Liite 5. KUVIO 64.)

Vastaajista 42,7 % koki jonkin verran pelkoa kohdatessaan päihdepotilaan, heistä suurin osa oli 20–40-vuotiaita tai yli 50-vuotiaita. Kuitenkaan 37,5 % ei tuntenut lainkaan pelkoa, heistä suurin osa oli 41–50-vuotiaita vastaajia. Alle 6 vuotta ammatissa toimineista suurin osa koki pelkoa jonkin verran. Alle 6 vuotta ja 20–30 vuotta sairaanhoitajan ammatissa toimineista pieni osa oli kokenut erittäin voimakasta pelkoa päihdepotilaan kohtaamisissa. Suurin osa päivittäin ja viikoittain päihdepotilaan työssään kohtaavista vastaajista ei tuntenut lainkaan pelkoa tai tunsu jonkin verran kohdatessaan päihdepotilaan. Viikoittain ja kuukausittain päihdepotilaan työssään kohtaavista vastaajista pieni osa tunsu voimakasta pelkoa kohdatessaan päihdepotilaan. (Liite 5. KUVIO 65.)

Vastaajista 55,2 % koki jonkin verran empaattisuutta kohdatessaan päihdepotilaan. Tutkimuksesta kävi ilmi, että 35,4 % ei kokenut empaattisuuden tunnetta lainkaan, heistä suurin osa oli toiminut sairaanhoitajan ammatissa 6–10 vuotta. 9,3 % koki voimakasta tai erittäin voimakasta empaattisuutta kohdatessaan päihdepotilaan. Päivittäin päihdepotilaan kohtaavista vastaajista suurin osa ei tuntenut lainkaan empaattisuutta tai jonkin verran kohdatessaan päihdepotilaan. Viikoittain, kuukausittain tai vuosittain päihdepotilaan kohtaavista vastaajista suurin osa tunsu jonkin verran empaattisuutta kohdatessaan päihdepotilaan. (Liite 5. KUVIO 66.)

Vastaajista 51,0 % ei kokenut lainkaan ahdistusta kohdatessaan päihdepotilaan, heistä suurin osa oli 20–50-vuotiaita. Vähän alle puolet vastaajista koki jonkin verran, voimakkaasti tai erittäin voimakkaasti ahdistusta kohdatessaan päihdepotilaan. Vuosittain

työssään päihdepotilaan kohtaavista vastaajista kaikki tunsivat jonkin verran ahdistusta kohdatessaan päihdepotilaan. Päivittäin, viikoittain tai kuukausittain päihdepotilaan kohtaavista vastaajista suurin osa ei tuntenut ahdistusta lainkaan kohdatessaan päihdepotilaan. Päivittäin ja vuosittain kohtaavista pieni osa koki erittäin voimakasta ahdistusta kohdatessaan päihdepotilaan. (Liite 5. KUVIO 67.)

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet käsittävät periaatteellisen vastuun ihmisyydestä sekä sen ihmiskäsityksen ja eettisen perustan, jolle sairaanhoitajan ammatti nojautuu. Hoitotyön etiikka käsittelee oikean ja väärän sekä hyvän ja pahan kysymyksiä osana ammatillista hoitotyötä. Hoitotyössä korotetaan sitä, että potilas ja sairaanhoitaja ovat samanarvoisia ihmisarvonsa vuoksi. Hoitotyötä ohjaavat eettiset periaatteet ovat hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate, oikeudenmukaisuuden periaate, perusteltavuuden periaate sekä ihmisarvon kunnioittamisen periaate. Vastaajista suurin osa (54,3 %) oli sitä mieltä, että hoitotyön eettisistä periaatteista päihdepotilaan kohtaamisessa korostuu ihmisarvon kunnioittamisen periaate, se korostuu kaikissa ikäryhmässä tasaisesti. Myös viikoittain päihdepotilaita työssään kohtaavilla vastaajilla hoitotyön eettisistä periaatteista ihmisarvon kunnioittaminen korostui (Liite 5. KUVIO 61). Ihmisarvon kunnioittamisen periaate pitää sisällään hoidettavan hyvinvoinnin edistämisen, hoidettavan oikeuksien, autonomian ja koskemattomuuden kunnioittamisen. Velvollisuuden periaatteen korostui lähes kolmasosalla 31- 40 vuotiaista vastaajista.

Suurimmalla osalla tutkimuksen vastaajista (46,7 %) eettinen toiminta ilmenee päihdepotilaan tasa-arvoisena kohteluna. Erityisesti alle 6 vuotta ammatissaan toimineilla korostui tasa-arvoinen kohtelu. 20-40 vuotiaista vastaajista suurin osa kohtelee potilasta tasa-arvoisesti sekä toimii päihdepotilaan parasta ajatellen. Yli 40-vuotiaista suurin osa kohtelee potilasta tasa- arvoisesti sekä toimii yksilön ihmisarvoa kunnioittaen. Suurin osa päivittäin, viikoittain tai kuukausittain päihdepotilaan työssään kohdanneista vastaajista vastasi eettisen toiminnan ilmenevän päihdepotilaan kohtaamisessa tasa-arvoisesti kohteluna. Vuosittain päihdepotilaan kohdanneista vastasi eettisen toiminnan ilmenevän päihdepotilaan kohtaamisessa tasa-arvoisena kohteluna sekä toimien päihdepotilaan parasta ajatellen. (Liite 5. KUVIO 70.)

Oikeudenmukaisuuden periaate sisältää oikeuden hoitoon pääsyyn, oikeuden perusteltuun hoitoon ja velvollisuuden välttää eriarvostamista minkään yksilön tai ryhmän ominaispiirteen tai terveyteen liittyvän ongelman perusteella. Sairaanhoitajan tulee työssään toimia oikeudenmukaisesti ja huomioida yksilöllinen hoitotarve riippumatta potilaan terveysongelmasta. Vastaajista 88,8 % oli samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että päih-

depotilaalla on tasavertainen oikeus hyvään hoitoon. Suurin osa vastaajista ikäryhmittäin oli samaa mieltä tai täysin samaa mieltä päihdepotilaan oikeudesta tasavertaiseen hyvään hoitoon. Ainoastaan yli 50-vuotiaiden vastaajien vastauksista tuli esille vaihtoehto täysin eri mieltä oikeudesta tasavertaiseen hoitoon. Ammatti vuosista riippumatta suurin osa oli täysin samaa tai samaa mieltä siitä, että päihdepotilaalla on tasavertainen oikeus hyvään hoitoon. Päivittäin, viikoittain ja vuosittain työssään päihdepotilaita kohdanneista vastaajista suurin osa oli samaa mieltä päihdepotilaan tasavertaisesta oikeudesta hyvään hoitoon. Kuukausittain päihdepotilaita kohdanneista vastaajista suurin osa oli täysin samaa mieltä päihdepotilaan oikeudesta tasavertaiseen hyvään hoitoon. (Liite 5. KUVIO 74.)

Autonomia tarkoittaa itsemääräämistä, itsemääräämisoikeutta tai omalakisuuutta. Vastaajista 45,4 % oli eri mieltä tai täysin eri mieltä siitä, että päihdepotilaan itsemääräämisoikeutta tulisi rajoittaa. 33,4 % oli samaa tai täysin samaa mieltä itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta. Suurin osa heistä jotka olivat samaa mieltä itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta, olivat iältään 31–40-vuotiaita tai toimineet ammatissaan 6-10 vuotta. Muissa ikäryhmissä suurin osa oli eri mieltä itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta. Osa vastaajista (20,8 %) ei osannut sanoa tulisiko itsemääräämisoikeutta rajoittaa, heistä suurin osa oli toiminut ammatissaan alle 6 vuotta. Päivittäin työssään päihdepotilaita kohdanneista vastaajista suurin osa oli samaa mieltä, että päihdepotilaan itsemääräämisoikeutta tulisi rajoittaa. Viikoittain, kuukausittain tai vuosittain kohdanneista vastaajista suurin osa oli eri mieltä päihdepotilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta. (Liite 5. KUVIO 75.)

Sairaus voidaan useimmiten diagnosoida ja luokitella kansainvälisten tautiluokitusten ICD-10 ja DSM-IV avulla. Sairaanhoidaja koulutuksessa pitkäaikainen päihteidenkäyttö luokitellaan sairaudeksi, silti vastaajista 58,5 % oli sitä mieltä, että pitkäaikainen päihteidenkäyttö on riippuvuus. Vastaajista 16 jätti vastaamatta tai piti sitä sekä sairautena ja riippuvuutena. Suurin osa kaikista ikäryhmistä vastasi, että pitkäaikainen päihteidenkäyttö on riippuvuus. Eniten vastausvaihtoehtoja sairaus saatiin 31–40 -vuotailta sairaanhoitajilta. Sairaanhoidajan ammatissa alle 11 vuotta toimineista suurin osa vastasi pitkäaikaisen päihteidenkäytön olevan riippuvuus. Suurin osa 11–20 vuotta ja yli 30 vuotta ammatissa toimineista vastasivat pitkäaikaisen päihteidenkäytön olevan sairaus. Päivittäin päihdepotilaita kohdanneiden vastaajien mielipiteet pitkäaikaisesta päihteidenkäytöstä jakaantuivat tasan sairauden ja riippuvuuden kesken. Viikoittain päihdepotilaita kohdanneista vastaajista suurin osa piti pitkäaikaista päihteidenkäyttöä riippu-

vuutena. Kuukausittain kohdanneista enemmistö piti pitkäaikaista päihteidenkäyttöä sairautena ja vuosittain kohdanneista riippuvuutena. (Liite 5 KUVIO 69.)

Perusteltavuuden periaate sisältää, hoitotyöntekijän velvollisuuden pitää ammattitaitonsa ajan tasalla. Sairaanhoidajan työn tulee perustua tieteelliseen tietoon ja luotettavaan kokemustietoon. Vastaajista 32,6 % oli sitä mieltä että ei ole tarpeen lisätä tietoa päihteenkäyttäjän eettisestä kohtaamisesta. Suurin osa (67,4 %) haluaisi että tietoa lisätään säännöllisien osastotuntien asiakokonaisuuksilla, laajemmalla lisäkoulutuksella tai että osastolla tulisi olla oma kirjallinen ohjeistus päihteenkäyttäjän eettisestä kohtaamisesta. 31–40-vuotiaista vastaajista suurin osa lisäisi tietoa päihteenkäyttäjän eettisestä kohtaamisesta säännöllisten osastotuntien asiakokonaisuuksilla. Yli 40-vuotiaista vastaajista suurin osa oli sitä mieltä, että aiheesta ei ole tarpeen lisätä tietoa. Alle 6 vuotta sairaanhoidajan ammatissa toimineista suurin osa lisäisi tietoa päihdepotilaan eettisestä kohtaamisesta laajemmalla lisäkoulutuksella. Suurin osa 6-10 vuotta ammatissa toimineista ei koe tarpeen lisätä tietoa aiheesta.

Suurin osa päivittäin päihdepotilaita työssään kohdanneista lisäisi tietoa päihteenkäyttäjän eettisestä kohtaamisesta laajemmalla lisäkoulutuksella tai ei koe tiedon lisäämistä tarpeelliseksi. Viikoittain päihdepotilaita kohtaavista suurin osa oli sitä mieltä, että ei ole tarpeen lisätä tietoa päihteenkäyttäjän eettisestä kohtaamisesta. Kuukausittain kohtaavista vastaajista suurin osa lisäisi tietoa säännöllisen osastotuntien asiakokonaisuuksilla tai ei ollenkaan. (Liite 5. KUVIO 71.) Suurin osa vastaajista jotka lisäisivät tietoa päihteenkäyttäjän eettisestä kohtaamisesta laajemmalla lisäkoulutuksella, olivat sitä mieltä, että pitkäaikainen päihteidenkäyttö on sairaus. Suurin osa vastaajista joiden mielestä tietoa päihteenkäyttäjän eettisestä kohtaamisesta ei ole tarpeen lisätä, vastasi pitkäaikaisen päihteenkäytön olevan riippuvuus. (Liite 5. KUVIO 80.)

Vastaajista 67,7 % mielestä päihdepotilaan ulkoinen olemus vaikuttaa negatiivisesti kohtaamistilanteissa, muiden vastaajien mielestä ulkoisella olemuksella ei ole vaikutusta. Suurin osa päivittäin, viikoittain tai kuukausittain työssään päihdepotilaita kohdanneista vastasi päihdepotilaan ulkoisen olemuksen vaikuttavan negatiivisesti kohtaamistilanteissa. Vuosittain kohdanneiden vastaajien vastaukset jakaantuivat tasaisesti siten, että päihdepotilaan ulkoinen olemus vaikuttaa kohtaamistilanteessa negatiivisesti tai ettei ulkoisella olemuksella ole vaikutusta kohtaamistilanteessa. (Liite 5. KUVIO 77.)

Kohtaaminen tapahtuu ihmisyyden välityksellä, se on käymistä toista ihmistä kohti. Vastaajista 51,8 % kuvasi kokemuksiaan päihdepotilaan kohtaamisissa normaaliksi/neutraaliksi. Vähän alle puolet (48,2 %) vastaajista kuvasi kokemuksiaan siten, että potilaalla on ollut epäasiallinen käytös kohtaamisessa tai potilas on kieltäytynyt yhteistyöstä tai käyttäytynyt uhkaavasti. Suurin osa 20-30-vuotiaista sairaanhoitajista kuvaa kokemuksiaan siten, että potilaalla on ollut epäasiallinen käytös kohtaamisissa ja suurin osa 31-60-vuotiaista kuvaa kohtaamisia normaaleina/neutraaleina tilanteina. 31-50-vuotiaista osa on joutunut kokemaan potilaan käytöksen uhkaavana. Alle 6 vuotta ammatissa toimineista suurin osa koki päihdepotilaan kohtaamisen normaalina/neutraalina kohtaamisena. 6-10 vuotta ammatissa toimineilla korostui kokemus siitä, että potilaalla on ollut epäasiallinen käytös. Lisäksi 6-20 vuotta ammatissa toimineilla esiin tuli kokemus potilaan uhkaavasta käyttäytymisestä. Viikoittain päihdepotilaita työssään tapaavista vastaajista suurin osa kuvaa kokemuksiaan kohtaamisissa normaaliksi/neutraaliksi sekä niin, että potilaalla on ollut epäasiallinen käytös (Liite 5. KUVIO 62).

Vastaajista suurin osa (64,5 %) oli sitä mieltä, että kohtaamisen onnistumisen estää turhautuminen johtuen potilaan aiemmista hoitokerroista. Vuosittain päihdepotilaan kohtaavien vastaajien mielestä kohtaamisen onnistumisen voi estää sairaanhoitajan omat ennakkokäsitykset sekä turhautuminen johtuen potilaan mahdollisesta aiemmista hoitokerroista. Päivittäin, viikoittain tai kuukausittain päihdepotilaan kohtaavista vastaajista suurin osa koki, että turhautuminen johtuen potilaan mahdollisesta aiemmista hoitokerroista voi estää kohtaamisen onnistumisen. (Liite 5. KUVIO 68.)

Vastaajista 82,6 % mielestä aikaisemmat kokemukset päihdepotilaan kohtaamisesta vaikuttivat kohtaamiseen. Viikoittain ja kuukausittain päihdepotilaan kohdanneista vastaajista pieni osa vastasi lähipiirissä esiintyvän päihteidenkäytön vaikuttavan päihdepotilaan kohtaamiseen (Liite 5. KUVIO 72).

Vastaajista 64,5 % oli samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että päihdepotilaan kohtaaminen on erilaista verrattuna muihin potilaisiin, heistä suurin osa oli 20–40-vuotiaita. Kolmas osa (29,9 %) oli eri tai täysin eri mieltä, yli 50 vuotiaista suurin osa oli eri mieltä päihdepotilaan erilaisuudesta verrattuna muihin potilaisiin. Ammatti vuosien mukaan lähes kaikissa ryhmissä suurin osa vastaajista oli samaa mieltä, että päihdepotilaan kohtaaminen on erilaista verrattuna muihin potilaisiin. Päivittäin, viikoittain tai kuukausittain päihdepotilaan työssään kohdanneista vastaajista suurin osa oli samaa mieltä siitä, että päihdepotilaan kohtaaminen on erilaista verrattuna muihin. Vuosittain päihdepoti-

laita kohtaavien vastaajien vastaukset päihdepotilaan erilaisesta kohtaamisesta jakautuivat vastauksiin samaa mieltä ja eri mieltä. (Liite 5. KUVIO 73.)

Kun sairaanhoitaja käsittää, että ihmisen elämän eri tekijät vaikuttavat merkittävästi toisiinsa, pystyy hän ymmärtämään päihteenkäytön ja päihderiippuvuuden ilmiöitä. Pyrittäessä ymmärtämään potilaan kokemuksia ja tilannetta on kokonaisvaltaisesta, holistisesta ja humanis-eksistentiaalisesta ihmiskäsityksestä hyötyä hoitotyössä. Vastaajista 79,4 % oli samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että huomioi päihdepotilaan kohtaamistilanteessa psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Vain 10,3 % oli eri mieltä ja 10,3 % ei osannut sanoa. Päihdepotilaan kohtaamisen tiheys ei vaikuttanut vastauksiin päihdepotilaan huomioimisesta kohtaamistilanteessa psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Suurin osa vastasi olevansa samaa mieltä, että huomio päihdepotilaan kohtaamistilanteessa kokonaisuutena. Päivittäin ja viikoittain työssään päihdepotilaita kohdanneista vastaajista pieni osa oli eri mieltä päihdepotilaan kohtaamisesta kokonaisuutena kohtaamistilanteessa. (Liite 5. KUVIO 76.)

Päihteenkäyttäjän ristiriitainen toiminta voi olla sairaanhoitajalle turhauttavaa ja vaikuttaa suhtautumiseen kielteisesti. Päihderiippuvuuden kohtaamisen, luonteen ja hoidon prosessimaisuuden ymmärtäminen auttaa sairaanhoitajaa sietämään omia turhautumisen tunteitaan. Tutkimuksesta selviää, että jopa 71,6 % vastaajista kokee itsensä päihdepotilaan kohtaamisen jälkeen turhautuneeksi. Itsensä riittämättömäksi kokee 17,3 % ja 11,1 % helpottuneeksi. Suurin osa päivittäin, viikoittain tai kuukausittain työssään päihdepotilaita kohdanneista vastaajista tunsikin itsensä päihdepotilaan kohtaamisen jälkeen turhautuneeksi. Vuosittain kohdanneista suurin osa tunsikin kohtaamisen jälkeen itsensä helpottuneeksi. (Liite 5. KUVIO 78.)

Hoitotyön ammattilaisilla on täydellinen velvollisuus tehdä hyvää tuntemattomille henkilöille, noudattaa eettisiä periaatteita sekä kohdella potilaita samanarvoisesti. Vastaajista 53,9 % on sitä mieltä, että päihdepotilaan kohtaamisessa toimintaa ohjaa ammatin tuoma velvollisuus. Toimintaa ohjaa kolmasosalla vastaajista ihmisten samanarvoisuus. 20-40 vuotiaista ja yli 50- vuotiaista vastaajista suurin osa vastasi, että päihdepotilaan kohtaamisessa toimintaa ohjaa ammatin tuoma velvollisuus. 41-50- vuotiaista vastaajista enemmistö vastasi, että ihmisten samanarvoisuus ja ammatin tuoma velvollisuus ohjaavat kohtaamisessa toimintaa. Alle 6 vuotta ammatissaan toimineista suurin osa vastasi, että ammatin tuoma velvollisuus ja ihmisten samanarvoisuus ohjaa toimintaa päihdepotilaan kohtaamisessa. Yli 6 vuotta työskennellyistä enemmistö vastasi ammatin tuoman velvollisuuden ohjaavan

kohtaamisissa toimintaa. Suurin osa päivittäin tai viikoittain työssään päihdepotilaita kohdanneista vastasi päihdepotilaan kohtaamisessa toimintaa ohjaavan ammatin tuoma velvollisuus. Kuukausittain kohdanneista vastaajista suurin osa vastasi kohtaamisessa toimintaa ohjaavan ihmisten samanarvoisuus. Vuosittain työssään päihdepotilaita kohdanneiden vastaajien vastaukset jakaantuivat tasan siten, että päihdepotilaan kohtaamisessa toimintaa ohjaa ammatin tuoma velvollisuus tai ihmisten samanarvoisuus. (Liite 5. KUVIO 79.)

Opinnäytetyön tarkoituksena meillä oli kartoittaa, millä tavalla sairaanhoitajan eettinen toiminta ilmenee päihdepotilaan kohtaamisessa, miten eettisyys näkyy kohtaamisessa ja sekä mitä tuntemuksia päihdepotilaan kohtaaminen aiheuttaa. Tutkimuksesta käy ilmi, että vastaajista suurin osa vastaa eettisen toiminnan ilmenevän potilaan tasa-arvoisena kohteluna. Hoitotyön eettisistä periaatteista korostui ihmisarvon kunnioittamisen periaate. Tutkimustuloksista selviää, että suurin osa sairaanhoitajista kuvaa kokemuksiaan päihdepotilaan kohtaamisessa normaaliksi/neutraaliksi.

Eettisyys näkyy vastauksissa siten, että lähes kaikki vastaajat ovat samaa mieltä tai täysin samaa mieltä päihdepotilaan tasavertaisesta oikeudesta hyvään hoitoon. Vastaajista hieman yli kolmas osa oli eri mieltä päihdepotilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta ja vähän alle kolmas osa oli samaa mieltä tai täysin samaa mieltä itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta. Suurin osa vastaajista huomio päihdepotilaan kohtaamistilanteessa kokonaisuutena. Vastaajista hieman yli puolet ovat sitä mieltä, että päihdepotilaan kohtaamisessa toimintaa ohjaa ammatin tuoma velvollisuus. Suuren osan mielestä aikaisemmat kokemukset päihdepotilaan kohtaamisesta vaikuttavat kohtaamiseen. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että päihdepotilaan kohtaaminen on erilaista verrattuna muihin potilaisiin

Päihdepotilaan kohtaaminen aiheuttaa sairaanhoitajissa tuntemuksia. Suurin osa vastaajista kokee itsensä päihdepotilaan kohtaamisen jälkeen turhautuneeksi. Turhautuminen johtuen potilaan aiemmista hoitokerroista voi myös vastaajista yli 60 % mielestä estää kohtaamisen onnistumisen. Kohdatessaan päihdepotilaan vastaajista yli puolet vastasi kokeneensa säälin, vihan, pelon ja empaattisuuden tunnetta jonkin verran, voimakkaasti tai erittäin voimakkaasti. Ahdistusta tunsu hieman alle puolet jonkin verran, voimakkaasti tai erittäin voimakkaasti kohdatessaan päihdepotilaan.

Tutkimustulosten tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten voidaan parantaa sairaanhoitajien valmiuksia päihdepotilaan kohtaamiseen ja tuoda esille eettisyyden merkitys päih-

depotilaan kohtaamisessa sekä lisätä tutkijoiden omaa ammatillista osaamista. Vastaajista yli puolet oli sitä mieltä, että pitkäaikainen päihteenkäyttö on riippuvuus. Sairaanhoitajista 67,4 % lisäisi tietoa päihteenkäyttäjän eettisestä kohtaamisesta laajemmalla lisäkoulutuksella, säännöllisten osastotuntien asiakokonaisuuksilla tai osastolla olevalla kirjallisella ohjeistuksella.

Tutkimusaiheen idea syntyi 13.2.2011. Tutkimussuunnitelman hyväksyntä oli keväällä 2011. Teoriatiedon kokoaminen ja kysymys- ja haastattelurungon suunnittelu ja toteutus tapahtui kesän ja syksyn 2011 aikana kuin myös teoreettisen viitekehyksen laatiminen. Tutkimussuunnitelman ryhmäohjaukset pidettiin koululla 18.4, 10.5, 17.5 ja 24.5.2011. 26.5.2011. Keväällä 2012 otimme yhteyttä tutkimuksen kohteena olevan sairaalan ylihoitajaan, jolloin meillä oli hyväksytty tutkimussuunnitelma. Opinnäytetyön aineiston keruun lupa-anomus myönnettiin 23.1.2012. Tammikuussa 2012 teimme saatekirjeen ja tiedoksiannon tutkimuksen kohteena olevan sairaalan sairaanhoitajille tulevasta kysymyslomakkeesta viikkotiedotteeseen. Aineiston keruu tapahtui keväällä 2012, 27.2–19.3 välisenä aikana. Aineiston analysointi tapahtui loppukevällä 2012.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut aikaa vievää ja resursseja on käytetty ohjaavien opettajien ryhmäohjaukseen ja välikeskusteluihin koululla (52h), opinnäytetyön työstämiseen kului yli 400h/ opiskelijalta. Aikaa yhteistyö tutkimuksen kohteena olevan sairaalan kanssa kului 10h. Opinnäytetyön yksilöohjauksissa saimme ohjaajiltamme ammatti- maista tukea opinnäytetyön työstämiseen. Kustannuksia opinnäytetyön osalta on tullut enemmän kuin osasimme odottaa. Tutkimussuunnitelma ja yksilöohjauksia varten tulostettujen monisteiden kokonaishinnaksi kertyi 90 euroa. Tutkimusten sairaalaan viemistä varten tulostimme monisteita 1980 kpl. Kopion hinta 0,07e, jolloin kokonaishinnaksi tuli 138,60e. Jokaiselle osastolle veimme myös oman palautuslaatikon ja palautuslaatikoiden hinnaksi kertyi 28e.

Jatkotutkimushaasteena voisi selvittää päihdepotilaan kokemuksia sairaanhoitajan eettisen toiminnan ilmenemisestä. Tutkimussuunnitelma vaiheessa olisimme halunneet selvittää myös päihdepotilaan kokemuksia toiminnan ilmenemisestä. Havaitsimme kuitenkin, että se on kokonaan oma tutkimus ja mahdotonta meidän toteuttaa.

Vastaajista vain yksi oli 61–70-vuotias. Luotettavuuden saavuttamiseksi ja vastaajan henkilöllisyyden intimitettiin turvaamiseksi muotoilimme tuloksiin 51–60 -vuotiaat ja 61–70-vuotiaat yhdeksi ikäryhmäksi, yli 50-vuotiaat. Kysymyslomakkeen kysymyksistä suurin osa oli strukturoituja, mutta joissain kysymyksissä oli vaihtoehtona avoin vasta-

usvaihtoehto. Koska avoimiin vastausvaihtoehtoihin tuli vain muutama vastaus, eivätkä ne vaikuttaneet oleellisesti kokonaisuuteen, jätimme ne tutkimustuloksista esittämättä ja analysoimatta.

Kaikilla sairaanhoitajilla oli vapaus valita haluaako osallistua tutkimukseen sekä oikeus keskeyttää osallistuminen. Mielestämme onnistuimme hyvin muuttamaan teoreettiset käsitteet konkreettisiksi määritelmiksi. Tutkimuksessa saimme kaikkiin tutkimusongelmiin vastaukset ja selkeät tutkimustulokset. Mielestämme onnistuimme kyselylomakkeen laatimisessa hyvin ja saimme mitattua sen mitä oli tarkoituskin mitata. Tutkimusaiheen valintaan vaikuttivat aiheen kiinnostavuus sekä haastavuus johtuen vähäisistä aiemmista tutkimustuloksista. Tutkimuksen eettisyydessä huomioimme sairaalan ja vastaajien anonymiyden paljastamatta keskussairaalan sijaintia. Tutkimuksen kohteena olevat sairaanhoitajat saivat tietää perustiedot tutkimuksesta, sen toteuttajista sekä kerättävän tiedon käyttötarkoituksesta. Tiedot tulivat esille vastaajille saatekirjeessä, sairaalan sisäisessä viikkotiedotteessa sekä tutkijan välittämässä suullisessa tiedoksiannossa kysymyslomakkeita jaettaessa. Kaikilla osastoilla oli vastatuille kysymyslomakkeille tarkoitettu kannellinen palautuslaatikko.

Tutkimuskohteena oleva sairaala toivoi valmiin opinnäytetyön käyttöönsä ja hyötyvänsä tutkimustulosten soveltamisesta. Tutkimustulokset on analysoitu tarkasti ja luotettavasti aikaa ja erilaisia tutkimusohjelmia käyttäen. Opinnäytetyön tutkijoiden keskinäinen suhde pysyi muuttumattomana työvaiheiden ajan. Tutkimuksen kysymysten asettelun pyrimme esittämään siten, ettemme loukkaisi kysymyksillä vastaajia. Tutkimusaineistoa säilytettiin turvallisessa ympäristössä ja kysymyslomakkeet tuhottiin aineiston analysoinnin ja johtopäätösten jälkeen.

LÄHTEET

Airaksinen, Timo 1988. Moraalifilosofia, 2.painos, WSOY, Juva.

Alaja, Riitta 1999. Substance Use Disorders in Psychiatric Consultations: Service Provision in General Hospitals (Päihdesairaudet yleissairaaloiden psykiatrisessa konsultatiotoiminnassa). Tampereen Yliopisto. Väitöskirja.

Alkula, Tapani & Pöntinen, Seppo & Ylöstalo, Pekka 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY, Juva.

Anderson, Martin 1997. Nurses' attitudes towards suicidal behavior – a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1283-1291.

Dahl, Päivi & Hirschovits, Tanja 2002. Tästä on kyse- tietoa päihhteistä, 4. uudistettu painos, Hakapaino Oy, Helsinki.

Enwald, Marika & Keinänen, Jari & Vaden, Tere 2007. Etiikan haasteet. Atena, Jyväskylä.

Forsell, Martta & Virtanen, Ari & Jääskeläinen, Marke & Alho, Hannu & Partanen, Airi 2010. Huumetilanne Suomessa 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino, Helsinki.

Harva, Urpo 1978. Hyvä ja paha, praktisen etiikan ongelmia, 1.-3.painos, Otava, Keuruu.

Havio, Marjaliisa & Inkinen, Maria & Partanen, Airi, 2008. Päihdehoitotyö, 5. uudistettu painos, Tammi, Helsinki

Havio, Marjaliisa & Mattila, Riitta & Sinnemäki, Tarja & Syysmeri, Leena 1994. Päihteenkäyttäjä hoitotyön haasteena. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Heikkilä, Tarja 2004. Tilastollinen tutkimus, 5. uudistettu painos, Edita Prima Oy, Helsinki.

Helkama, Klaus & Myllyniemi, Rauni & Liebkind, Karmela 2004. Johdatus sosiaalipsykologiaan. Edita Prima Oy, Helsinki.

Hirsijärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2010. Tutki ja kirjoita, 15.–16. painos, Tammi, Hämeenlinna.

Hovi, S-L. 1990. Fyysinen ympäristö potilaan toiminnan rajoittajana. Pro gradu-tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Inkinen, Maria & Partanen, Airi & Sutinen, Tiina 2000. Päihdehoitotyö. Tammi, Helsinki.

Juujärvi, Soile & Myyry, Liisa & Pessa, Kaija 2007. Eettinen herkkyyys ammatillisessa toiminnassa. Tammi, Helsinki.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä, 1.-2. painos, WSOYpro Oy, Helsinki.

- Kalkas, Hertta & Sarvimäki, Anneli 1996. Hoitotyön etiikan perusteet, 5. painos, WSOY, Juva.
- Kaltiala- Heino, Riittakerttu & Poutanen, Outi & Välimäki, Maritta 2001. Sairauden häpeällinen leima. *Duodecim* 2001: 117. (2001;117:563-70)
- Kemin kaupunki- city of Kemi. Kemin kaupungin turvallisuussuunnitelma 2010. Tulostettu 12.5.2011 osoitteesta: <http://www.kemi.fi/d5web/kokous/20101877-7-6157.PDF>
- Kilpiäinen, Seppo 2006. Elämäntarina- projektin arviointi päihdeasiakkaan näkökulmasta. Suojapirtin ja avohoidon työyhteisön sekä asiakkaiden kokemuksia BPS- kuntoutuksesta vuosina 2004- 2006. Kemi- Tornion ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala.
- Kotkavirta, Jussi & Räikkä, Juha & Sajama, Seppo 1995. Hyvä ammattilainen, johdatus ammattietiikkaan. Painatuskeskus Oy, Helsinki.
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Vastapaino, Tampere.
- Kuussaari, Kristiina 2006. Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto. Terveystieteiden, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. Gummerus, Vaajakoski.
- Kristoffersen, Nina & Nortvedt, Finn & Skaug, Eli- Anne 2006. Hoitotyön perusteet. Edita, Tanska.
- Käypähoito. Alkoholiongelman hoito 7.2.2011. Tulostettu osoitteesta: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>
- Laitila, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen Yliopisto. Väitöskirja.
- Leino- Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2003. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Juva.
- Lindqvist, Martti 1996. Eettisyys ja hoidon sisältö. Teoksessa Salo, Sirpa & Tähtinen, Heikki (toim.) Etiikan puutarhassa: Eettisyys ja arki terveydenhuollossa. Suomen kunta- liitto, Helsinki, 85- 97.
- Mattila, Kati- Pupita 2007. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. PS- kustannus, WS Bookwell Oy, Juva.
- Maze, Claire D Martino 2005. Registered Nurses' personal rights vs. professional responsibility in caring for members of underserved and disenfranchised populations. *Journal of Clinical Nursing* 14, 546-554.
- Mäkisalo- Ropponen, Merja 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Tammi, Helsinki.
- Onkalo, P. 2001. Ympäristö mielissämme. Mielenterveys – mielenterveyden asiantuntijalehti (6), 19–20.
- Poliisi. Poliisi- Peräpohjolan poliisilaitos. Tulostettu 12.5.2011 osoitteesta: <http://www.poliisi.fi/perapohjola>
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2010, alkoholi ja huumeet 2010. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Sosiaaliturva 2010. Yliopistopaino, Helsinki. (SUOMEN VIRALLINEN TI- LASTO)

- Richmond, Iain C. & Foster, John H 2003. Negative attitudes towards people with co-morbid mental health and substance misuse problems: An investigation of mental health professionals. *Journal of Mental Health* (August) 12, 4, 393-403.
- Ryynänen, Olli- Pekka & Myllykangas, Markku 2000. Terveysthuollon etiikka, arvot monimutkaisuuden maailmassa. WSOY, Juva.
- Räikkä, Juha & Kotkavirta, Jussi & Sajama, Seppo 1995. Hyvä ammattilainen- johdatus ammattietiikkaan. Painatuskeskus OY, Helsinki.
- Saarelainen, Ritva & Stengård, Eija & Vuori- Kemilä, Anne 2003. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta, 3. uudistettu painos, WSOY, Porvoo.
- Sajama, Seppo 1995. Arkipäivän etiikkaa hoitotyön näkökulmasta. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Salaspuro, Mikko & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.) 2003. Päihdelääketiede, 2. uudistettu painos, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. (DUODECIM)
- Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina 2009. Hoitotyön etiikka. Edit Prima, Helsinki.
- Strandell-Laine, Camilla 2005. Hoitotyön eettiset ohjeet- Mikä niiden merkitys on? *Hoitotiede* Vol. 17, no 5/-05. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Sulkunen, Pekka 1999. Johdatus sosiologiaan- käsitteitä ja näkökulmia. 2. painos. WSOY, Juva.
- Sulkunen, Pekka 1994. Sosiologian avaimet. WSOY, Porvoo.
- Suomen perustuslaki 1999. Tulostettu 13.12.2011 osoitteesta: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2011. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Tulostettu 28.4.2011 osoitteesta: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/
- Söderling, Lars 1995. Alkoholismin aakkoset. Suomen Alfa- klinikat, Raahen kirjatyö.
- Terveysten ja hyvinvoinninlaitos 2010. Päihdetilastollinen vuosikirja 2010, alkoholi ja huumeet. Tulostettu 28.4.2011 osoitteesta: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/85338d3b-c126-4914-9384-d5847d59d598>
- Tilastokeskus 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammattiteissa. Tulostettu 17.10.2011 osoitteesta: http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0#6
- Turunen, Kari E & Wilenius, Reijo & Paakkola, Esko 1997. Mitä on filosofia? 3. painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysalan koulutusyksikkö

OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KERUUN LUPA-ANOMUS

1. Luvan anoja	Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveysalan koulutusyksikön opiskelijat SARI NALKKARINEN, EMILIA HÄNINEN
2. Opinnäytetyön aihe	SAIRAANHOITAJAN EETTISEN TOIMINNAN ILMENEMINEN PÄIHDEPOTILAAN KOHTAAMISESSA
3. Opinnäytetyön tarkoitus	KARTOITTAA, MINNÄ TAVANNA SAIRAANHOITAJAN EETTINEN TOIMINTA ILMENEE PÄIHDEPOTILAAN KOHTAAMISESSA, MITEN EETTISYYS NÄKY KOHTAAMISESSA, MITÄ TUNTEMUKSIA PÄIH- DEPOTILAAN KOHTAAMINEN AIHEUTTAA.
4. Opinnäytetyössä tarvittava aineisto	KYSYMYSKOMAKE ANNETAAN K-PKS:N SAIRAANHOITA- JIEN TÄYTETTÄVÄKSI OSASTOLLE.
5. Aineiston keruumenetelmät	KYSELYKOMAKE
6. Aineiston keruun suunniteltu ajankohta	HELMIKUU 2012
7. Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	KEVÄT 2012
8. Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty	KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU, terveysalan koulutusyksikkö 24 päivänä TOUKO kuuta 20 11
9. Allekirjoitukset	Opinnäytetyön ohjaaja ^(*) Sirpa Orjaniemi, J. Seppo Kilpiäinen Opinnäytetyön tekijä/tekijät, osoite ja puhelinnumero SARI NALKKARINEN EMILIA HÄNINEN MÖYKINTIE 56 MUSTIKKATIE 2 94700 KEMI 94400 KEMINMÄE P. 0400 - 722498 P. 050 - 5536775

Lupa tutkimustyöhön

myönnetty hakemuksen mukaisena

myönnetty korjauksin

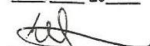
hakemus hylätty

☐☒☐

päiväys

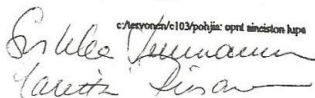
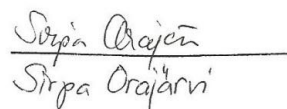
23.01.2012

allekirjoitukset



Seppo Kilpiäinen

22.02.2012


Sirpa Orjaniemi
Sirpa OrjaniemiValmiin opinnäytetyön
pyydämme saada
käyttöömme.

I Sairaanhoitajan tehtävä

Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen.

Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua.

II Sairaanhoitaja ja potilas

Sairaanhoitaja on toiminnastaan ensisijaisesti vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat.

Sairaanhoitaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoitaja pitää salassa potilaan antamat luottamukselliset tiedot ja harkitsee, milloin keskustelee niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa.

Sairaanhoitaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä. Hän kuuntelee potilasta ja eläytyy tämän tilanteeseen. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen.

Sairaanhoitaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta.

III Sairaanhoitajan työ ja ammattitaito

Tekemästään hoitotyöstä sairaanhoitaja vastaa henkilökohtaisesti. Hän arvioi omansa ja muiden pätevyyden ottaessaan itselleen tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan.

Samassa hoitoyhteisössä työskentelevät sairaanhoitajat vastaavat yhdessä siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä parannetaan jatkuvasti.

IV Sairaanhoitaja ja työtoverit

Sairaanhoitajat tukevat toinen toistaan potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä.

Sairaanhoitajat kunnioittavat oman ja muiden ammattiryhmien edustajien asiantunte-
musta. He pyrkivät hyvään yhteistyöhön muiden potilaan hoitoon osallistuvien työnte-
kijöiden kanssa.

Sairaanhoitajat valvovat etteivät oman ammattikunnan jäsenet tai muut potilaan hoitoon
osallistuvat toimi potilasta kohtaan epäeettisesti.

V Sairaanhoitaja ja yhteiskunta

Sairaanhoitajat osallistuvat ihmisten terveyttä, elämän laatua ja hyvinvointia koskevaan
keskusteluun ja päätöksentekoon sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla.

Sairaanhoitaja toimii yhdessä potilaiden omaisten ja muiden läheisten kanssa ja vahvis-
taa näiden osallistumista potilaan hoitoon. Hän antaa terveyttä koskevaa tietoa väestölle
ja lisää ihmisten kykyjä hoitaa itseään. Sairaanhoitaja tekee yhteistyötä vapaaehtois-,
vammais- ja potilasjärjestöjen kanssa.

Sairaanhoitajien kansainvälinen työ on ammatillisen tiedon ja taidon vastavuoroista
välittämistä sekä osallistumista kansainvälisten järjestöjen toimintaan. Sairaanhoitajat
kantavat vastuuta ihmiskunnan terveydellisten ja sosiaalisten elinolojen kehittämisestä
maailmanlaajuisesti sekä edistävät samanarvoisuutta, suvaitsevaisuutta ja yhteisvastuul-
lisuutta.

VI Sairaanhoitaja ja ammattikunta

Sairaanhoitajakunta huolehtii siitä, että ammattikunnan jäsenet hoitavat arvokkaasti
yhteiskunnallisen tehtävänsä. Ammattikunta tukee jäsentensä moraalista ja eettistä kehi-
tystä sekä valvoo, että sairaanhoitajalla säilyy ihmisläheinen auttamistehtävä.

Sairaanhoitajat vastaavat ammattikuntana jäsentensä hyvinvoinnista. Heidän ammatti-
järjestönsä toimii aktiivisesti oikeudenmukaisten sosiaalisten ja taloudellisten työolojen
varmistamiseksi jäsenistölle.

Sairaanhoitajakunta vastaa oman alansa asiantuntijuudesta. Sairaanhoitajat huolehtivat
ammatin sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittämisestä sekä tieteellisyyden edis-

tämisestä. Sairaanhoidajakunnan asiantuntijuuden kasvun tulisi näkyä väestön hyvän olonedistymisenä. (Sairaanhoidajaliitto ry 2011.)

Hyvä sairaanhoitaja!

Olemme Sari Naukkarinen ja Emilia Hälinen. Opiskelemme Kemi- Tornio ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä aiheesta: sairaanhoitajan eettisen toiminnan ilmeneminen päihdepotilaan kohtaamisessa. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa, millä tavalla sairaanhoitajan eettinen toiminta ilmenee päihdepotilaan kohtaamisessa, miten eettisyys näkyy kohtaamisessa, mitä tuntemuksia päihdepotilaan kohtaaminen aiheuttaa. Tutkimustulosten tavoitteena on lisätä ymmärrystä siitä, että miten voidaan parantaa sairaanhoitajien valmiuksia päihdepotilaiden kohtaamiseen ja tuoda esille eettisyyden merkitys päihdepotilaan kohtaamisessa, sekä lisätä tutkijoiden omaa ammatillista osaamista.

Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksen tuloksista Teitä ei voida tunnistaa vastaajiksi. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tutkimukseen, johon tämä saatekirje liittyy. Aineiston numeraalisen tallentamisen jälkeen vastauslomakkeet hävitetään. Tutkimuksemme valmistuu keväällä 2012, jonka jälkeen opinnäytetyöhön ja sen tuloksiin voi tutustua Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun kirjasto- ja tietopalvelun kautta.

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin rengastamalla oikea vaihtoehto. Täyttäkää lomake itsenäisesti. Täyttämämme lomakkeen voitte jättää osastolla olevaan palautuslaatikkoon. Laatikossa lukee ”*Tutkimus eettisen toiminnan ilmenemisestä päihdepotilaan kohtaamisessa*”.

Suomessa arvioidaan olevan noin 300 000- 600 000 alkoholin suurkuluttajaa ja määrän arvioidaan kasvaneen 2000- luvulla. Alkoholin kulutuksen kasvu 2000- luvulla on ollut yhteydessä alkoholikuolemien ja alkoholiperäisten sairauksien kasvuun.

Tässä tutkimuksessa päihteidenkäyttäjä on potilas, joka käyttää päihteitä joko kokeilu- tai satunnaismielessä, säännöllisesti tai on ongelmakäyttäjä. Päihteillä tarkoitamme erilaisia, laillisia ja laittomia, päihteinä käytettäviä aineita, kuten alkoholi, eräät lääkkeet, tekniset liuottimet ja huumausaineet.

Tutkimusta koskeviin kysymyksiin vastaavat Sari Naukkarinen sari.naukkarinen@edu.tokem.fi ja Emilia Hälinen emilia.halinen@edu.tokem.fi.

Ystävällisin terveisin opiskelijat Sari Naukkarinen ja Emilia Hälinen sekä tutkimuksen ohjaajat, Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun lehtorit Seppo Kilpiäinen ja Sirpa Orajarvi.

Sukupuoli?

1. Nainen
2. Mies

Ikä?

1. 20- 30
2. 31- 40
3. 41- 50
4. 51- 60
5. 61- 70

Kuinka pitkään olette toimineet sairaanhoitajan ammatissa?

1. 0- 5 vuotta
2. 6- 10 vuotta
3. 11- 20 vuotta
4. 21- 30 vuotta
5. yli 30 vuotta

Kuinka usein kohtaat päihdepotilaita työssäsi?

1. päivittäin
2. viikoittain
3. kuukausittain
4. vuosittain

5. en koskaan

Mikä hoitotyön eettisistä periaatteista mielestäsi korostuu eniten päihdepotilaan kohtaamisessa?

1. ihmisarvon kunnioittamisen periaate
2. hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate
3. oikeudenmukaisuuden periaate
4. velvollisuuden periaate
5. muu, mikä _____

Mikä vaihtoehdoista kuvaa useimmin kokemuksiasi päihdepotilaan kohtaamisissa?

1. normaali/ neutraali kohtaaminen
2. positiivinen kokemus
3. potilaalla on epäasiallinen käytös
4. potilas on kieltäytynyt yhteistyöstä
5. potilas on käyttäytynyt uhkaavasti
6. muu, mikä _____

Kuinka voimakkaana pidät kokemaasi tunnetilaa kohdatessasi päihdepotilaan?

0= en tunne lainkaan 10= Erittäin voimakas tunnetila

- | | |
|-----------------|--|
| 1. sääli | 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10 |
| 2. viha | 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10 |
| 3. pelko | 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10 |
| 4. empaattisuus | 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10 |

5. ahdistus 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Mikä vaihtoehto voi estää kohtaamisen onnistumisen?

1. sairaanhoitajan omat ennakkokäsitykset
2. oman henkilökohtaisen elämän tuomat tunteet
3. sairaanhoitajan oma riittämätön taito kohdata päihdepotilaita
4. turhautuminen johtuen potilaan mahdollisesti aiemmista hoitokerroista
5. mielestäni tietyissä tilanteissa päihteidenkäyttö ei vaikuta ollenkaan kohtaamistilanteissa

Pitkäaikainen päihteidenkäyttö on?

1. sairaus
2. riippuvuus
3. jotain muuta, mitä_____

Miten eettinen toimintasi ilmenee päihdepotilaan kohtaamisessa?

1. kohtelen potilasta tasa-arvoisesti
2. toimin päihdepotilaan parasta ajatellen
3. toimin yksilön ihmisarvoa kunnioittaen
4. muuten, miten_____

Miten tietoa päihteenkäyttäjän eettisestä kohtaamisesta tulisi lisätä?

1. osastolla tulee olla oma kirjallinen ohjeistus
2. säännöllinen osastotuntien asiakokonaisuus

3. laajempi lisäkoulutus
4. ei ole tarpeen lisätä tietoa aiheesta
5. muuten, miten_____

Mitkä asiat vaikuttavat mahdollisesti päihdepotilaan kohtaamiseen?

1. lapsuuden muistot
2. lähipiirissä esiintyvä päihteenkäyttö
3. aikaisemmat kokemukset päihdepotilaan kohtaamisesta?
4. ei mikään näistä vaihtoehdoista
5. jokin muu, mikä_____

Päihdepotilaan kohtaaminen on erilaista verrattuna muihin potilaisiin?

1. täysin samaa mieltä
2. samaa mieltä
3. eri mieltä
4. täysin eri mieltä
5. en osaa sanoa

Päihdepotilaalla on tasavertainen oikeus hyvään hoitoon?

1. täysin samaa mieltä
2. samaa mieltä
3. eri mieltä
4. täysin eri mieltä

5. en osaa sanoa

Päihdepotilaan itsemääräämisoikeutta tulisi rajoittaa?

1. täysin samaa mieltä
2. samaa mieltä
3. eri mieltä
4. täysin eri mieltä
5. en osaa sanoa

Huomioin päihdepotilaan kohtaamistilanteessa psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena?

1. täysin samaa mieltä
2. samaa mieltä
3. eri mieltä
4. täysin eri mieltä
5. en osaa sanoa

Millä tavalla päihdepotilaan ulkoinen olemus vaikuttaa kohtaamistilanteissa?

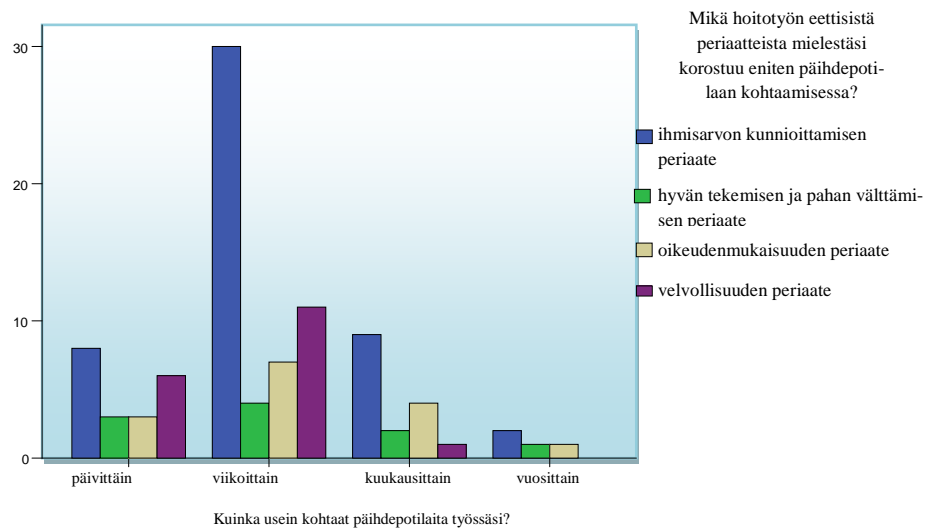
1. vaikuttaa negatiivisesti kohtaamistilanteessa
2. vaikuttaa positiivisesti kohtaamistilanteessa
3. ulkoisella olemuksella ei ole vaikutusta kohtaamistilanteessa
4. muu, mikä _____

Päihdepotilaan kohtaamisen jälkeen koen usein itseni?

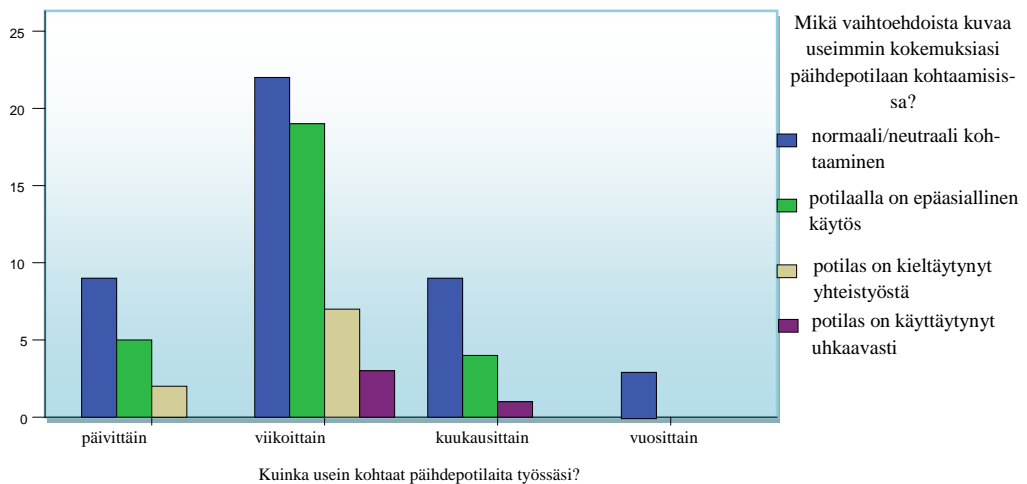
1. turhautuneeksi
2. riittämättömäksi
3. helpottuneeksi
4. muu, mikä_____

Päihdepotilaan kohtaamisessa toimintaani ohjaa?

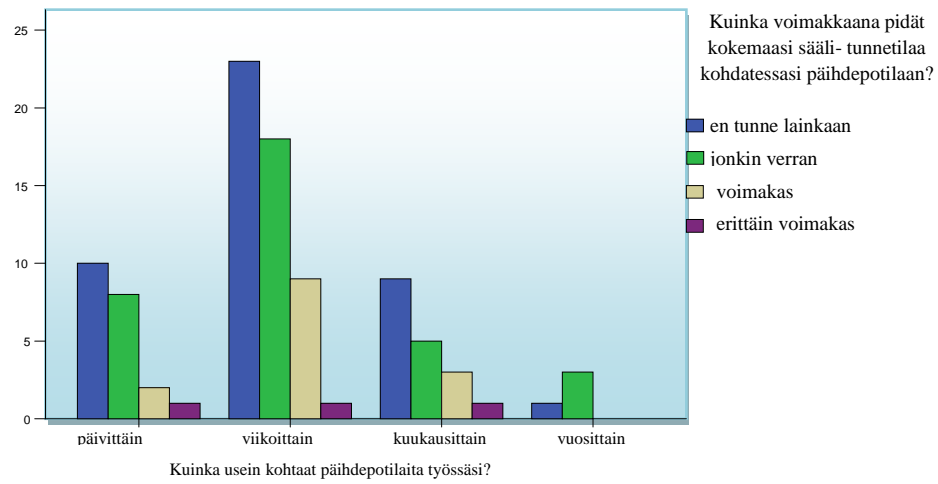
1. ammatin tuoma velvollisuus
2. ihmisten samanarvoisuus
3. eettiset periaatteet
4. muu periaate, mikä_____



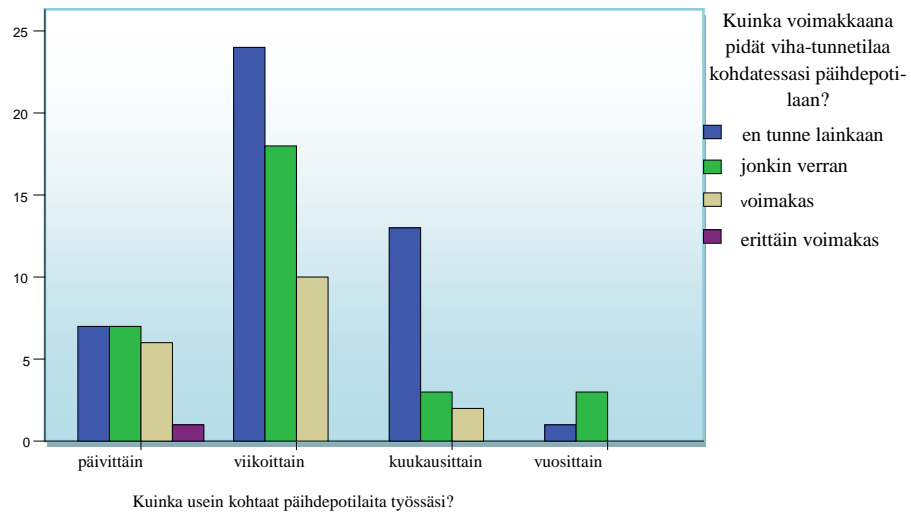
KUVIO 61. Eettisen periaatteen korostuminen päihdepotilaan kohtaamistiheyden mukaan



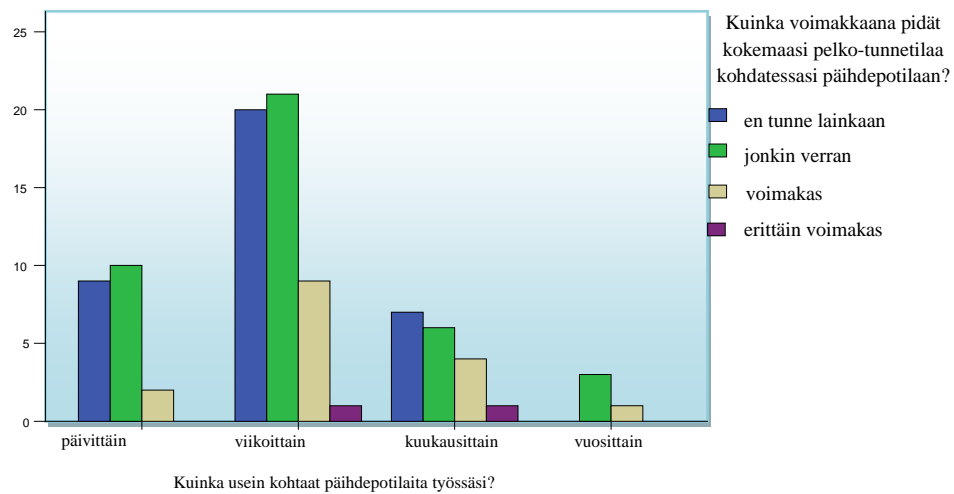
KUVIO 62. Kokemus päihdepotilaan kohtaamisesta kohtaamistiheyden mukaan.



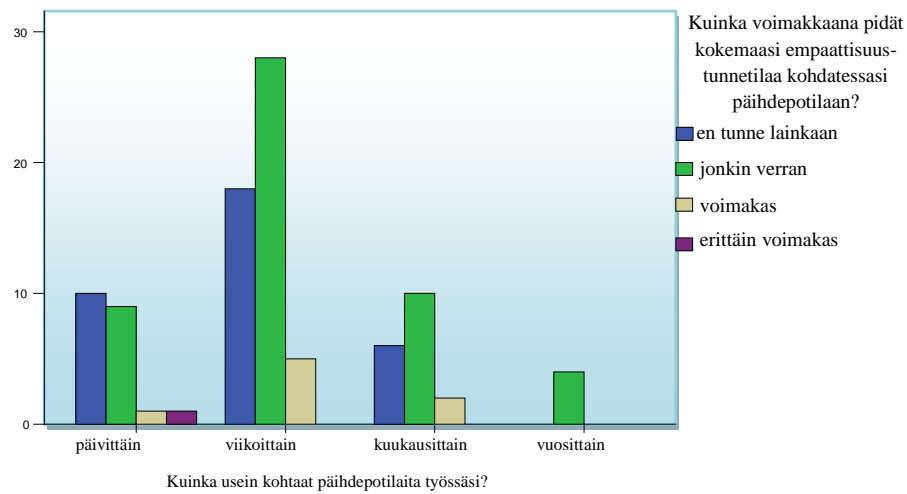
KUVIO 63. Säälin kokeminen päihdepotilaan kohtaamistiheyden mukaan.



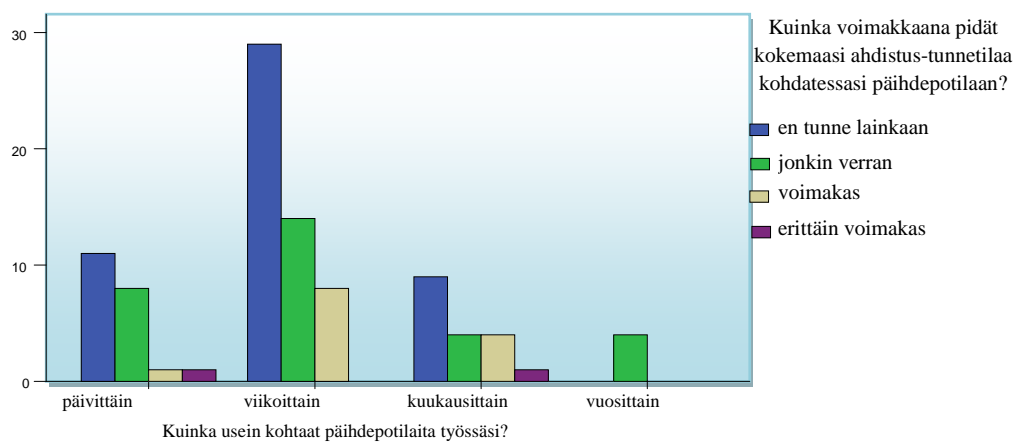
KUVIO 64. Vihan kokeminen päihdepotilaan kohtaamistiheyden mukaan.



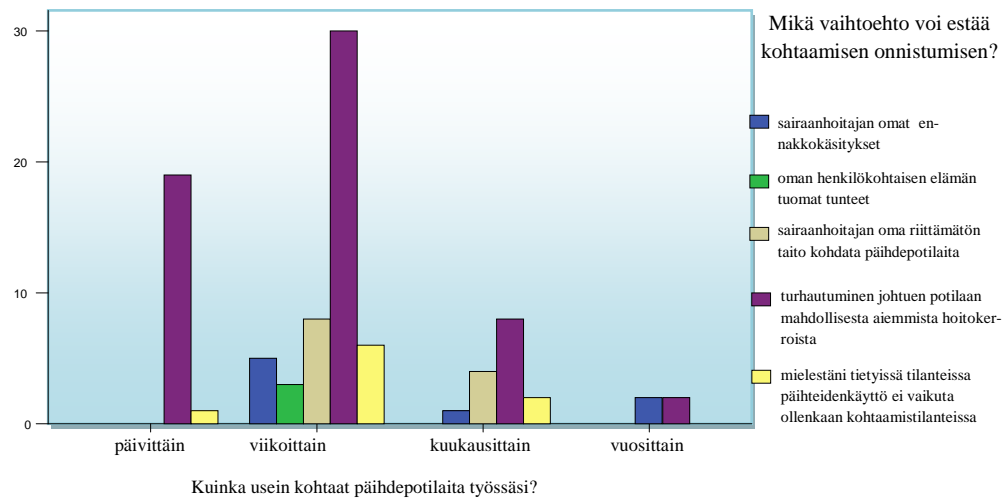
KUVIO 65. Pelon kokeminen päihdepotilaan kohtaamistiheyden mukaan.



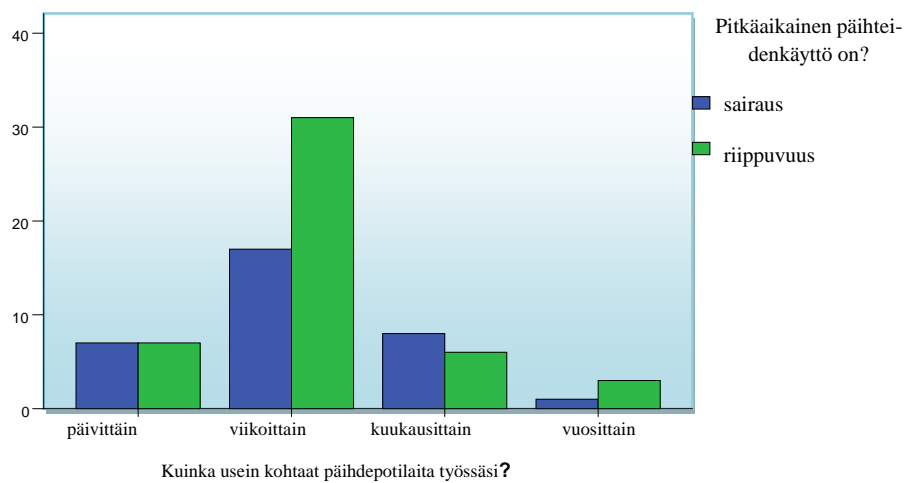
KUVIO 66. Empaattisuuden kokeminen päihdepotilaan kohtaamistiheyden mukaan.



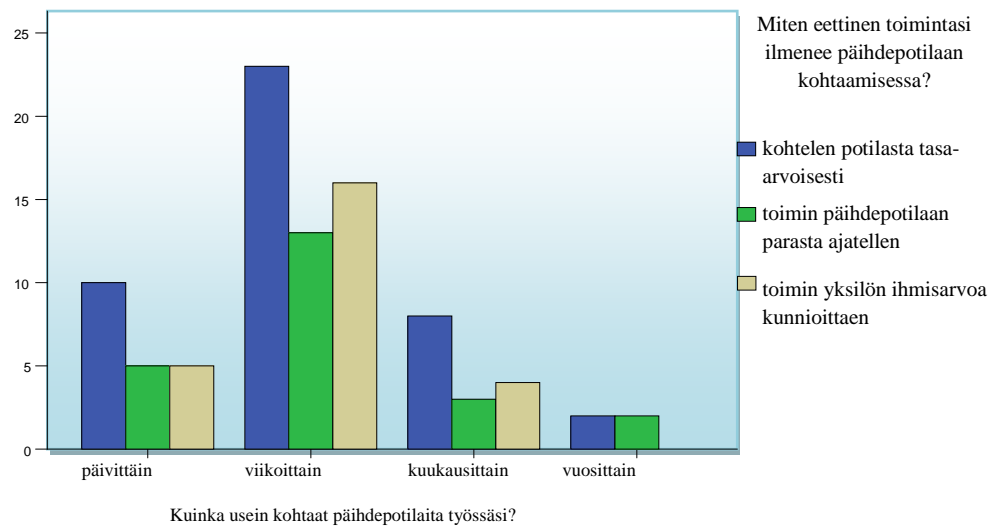
KUVIO 67. Ahdistuksen kokeminen päihdepotilaan kohtaamistiheyden mukaan.



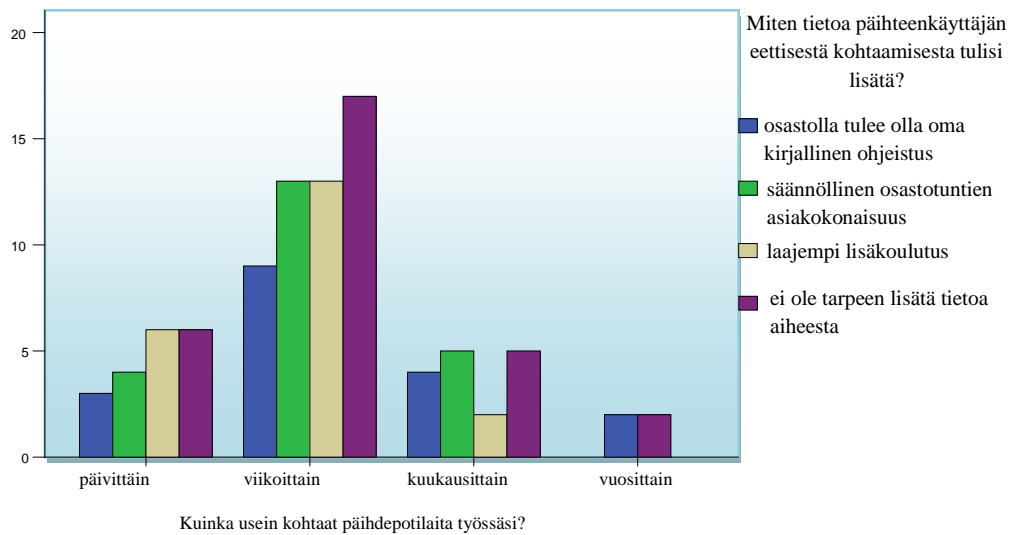
KUVIO 68. Kohtaamistiheyden mukaan vaihtoehto joka voi estää kohtaamisen onnistumisen.



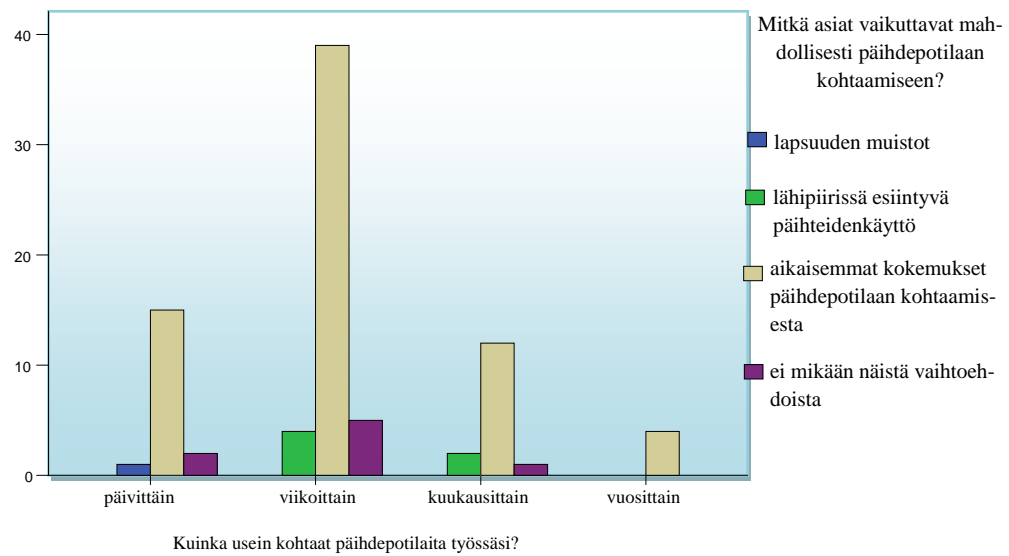
KUVIO 69. Kohtaamistiheyden mukaan pitkäaikainen päihteenkäyttö.



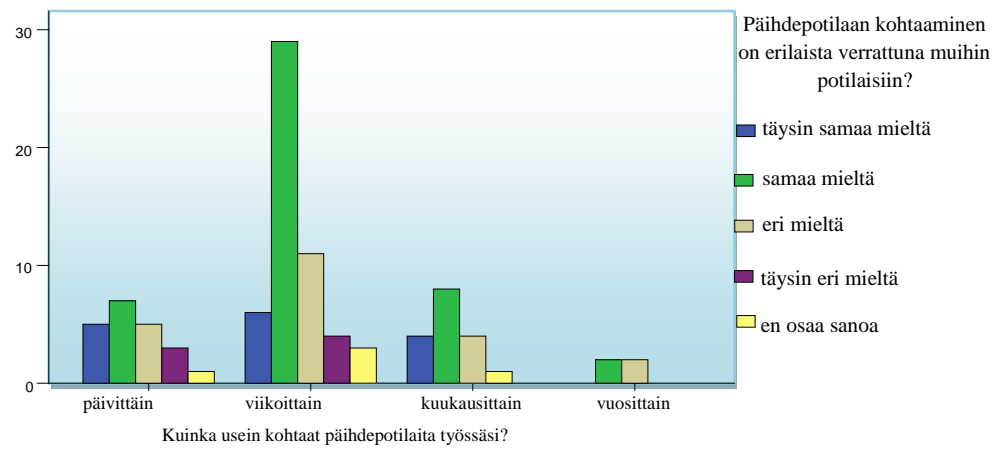
KUVIO 70. Eettisen toiminnan ilmeneminen päihdepotilaan kohtaamisessa kohtaamistiheyden mukaan.



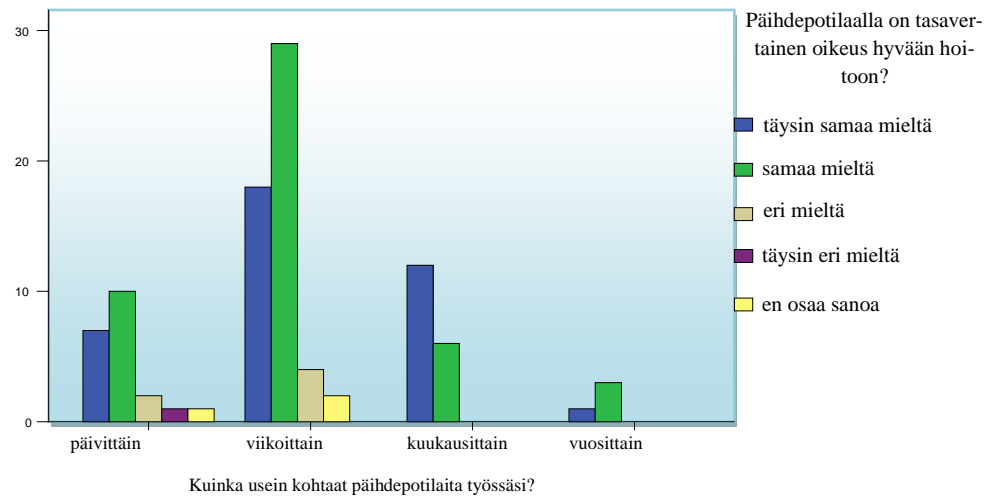
KUVIO 71. Eettisen tiedon lisääminen päihdepotilaan kohtaamisesta kohtaamistiheyden mukaan



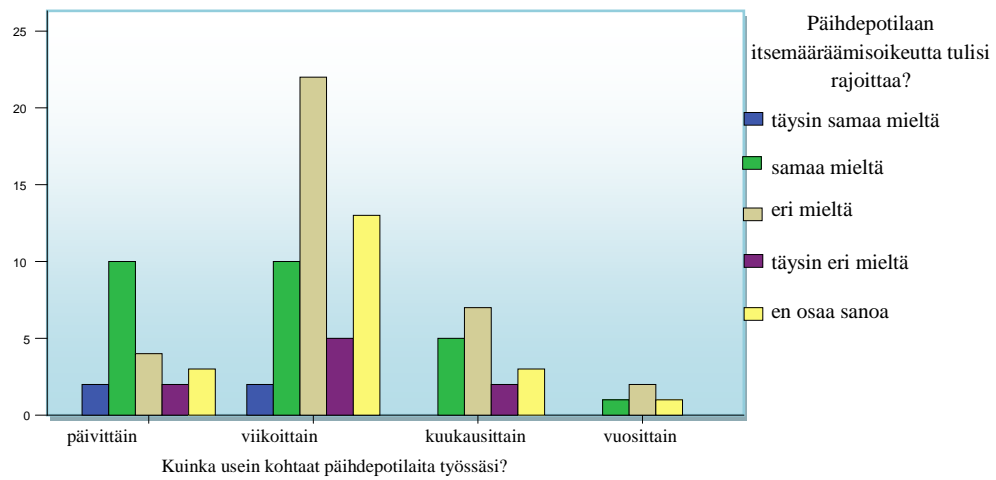
KUVIO 72. Kohtaamiseen vaikuttavat asiat kohtaamistiheyden mukaan.



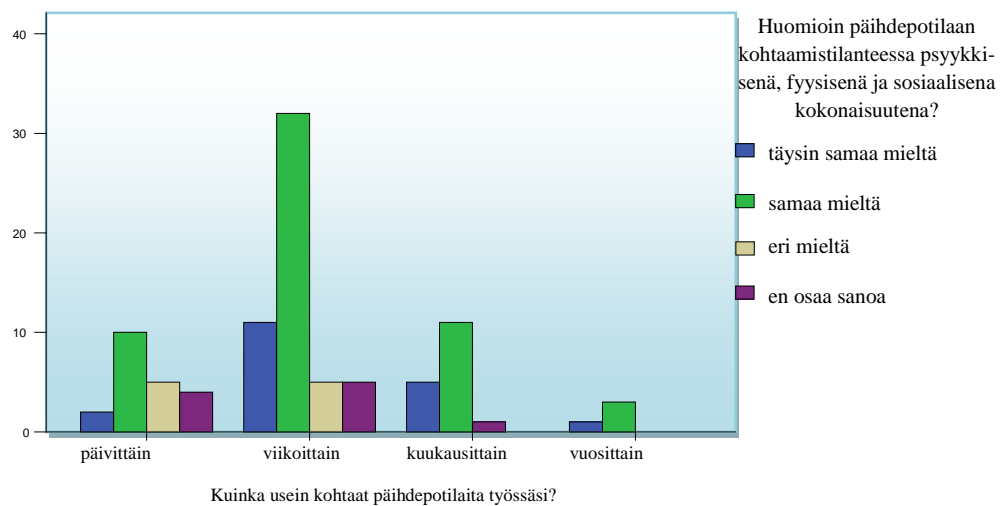
KUVIO 73. Päihdepotilaan kohtaamisen erilaisuus kohtaamistiheyden mukaan.



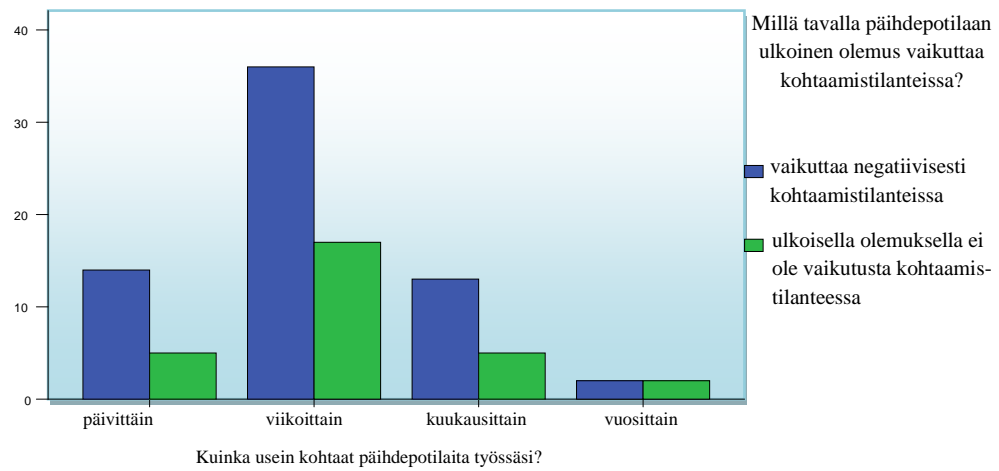
KUVIO 74. Päihdepotilaan tasavertainen oikeus hyvään hoitoon kohtaamistiheyden mukaan.



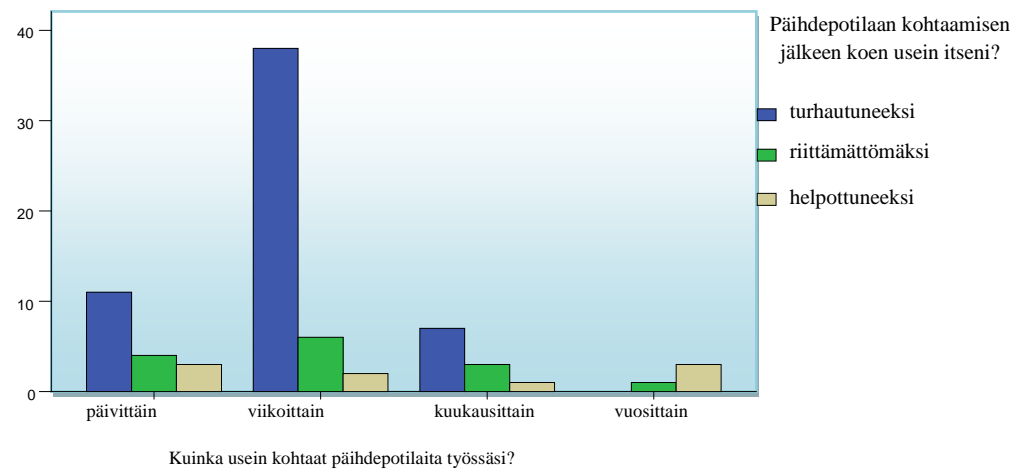
KUVIO 75. Päihdepotilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen kohtaamistiheyden mukaan.



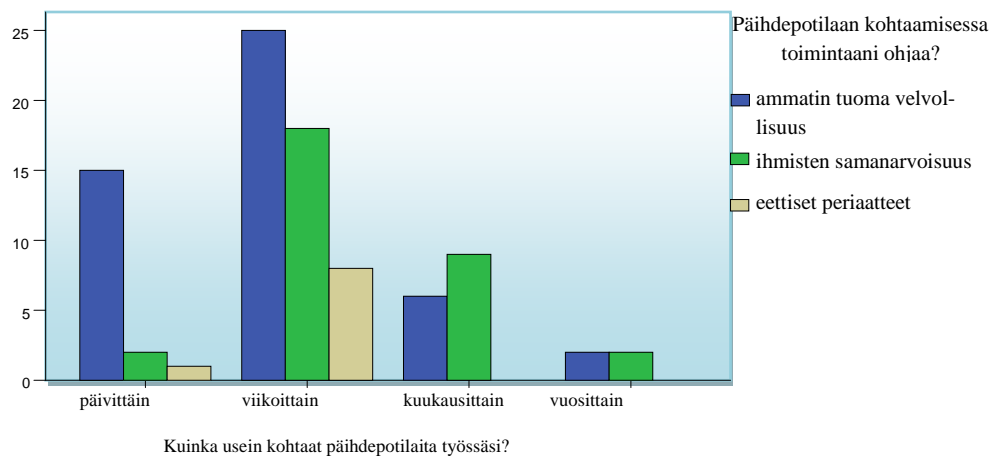
KUVIO 76. Päihdepotilaan kohtaaminen kokonaisuutena kohtaamistiheyden mukaan



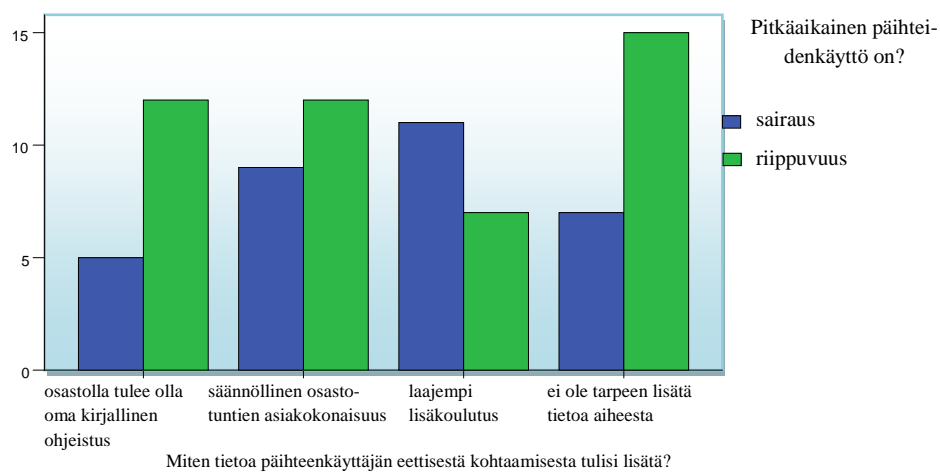
KUVIO 77. Päihdepotilaan ulkoisen olemuksen vaikuttaminen kohtaamistilanteissa kohtaamistiheyden mukaan.



KUVIO 78. Kohtaamistiheyden mukaan itsensä kokeminen päihdepotilaan kohtaamisen jälkeen.



KUVIO 79. Päihdepotilaan kohtaamisessa toimintaa ohjaa kohtaamistiheyden mukaan.



KUVIO 80. Tiedon lisääminen päihdepotilaan eettisestä kohtaamisesta sairauden/riippuvuuden määrittämisen mukaan.